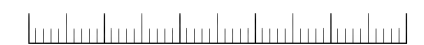
PARIS MÉDICAL

LXXXVI



PARIS MÉDICAL

PARIS MÉDICAL paraît tous les Samedis (depuis le 1er décembre 1910). Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Paris, France et Colonies : 50 francs (frais de poste actuels inclus). En cas d'augmentation des frais de poste, cette augmentation sera réclamée aux abonnés.

Belgique et Luxembourg (frais de poste compris) : 75 francs français.

TARIF n° 1. — Pays accordant à la France un tarif postal réduit : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Dominicaine (Rép.), Égypte, Équateur, Espagne, Esthonie, Éthiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Hedjaz, Hollande, Honduras, Hongrie, Lettonie, Libéria, Lithuanie, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, San Salvador, Serbie, Siam, Suisse, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, U. R. S. S., Uruguay, Vatican (États du), Vénézuéla.

95 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.

TARIF n° 2. — **Pays n'accordant à la France aucune réduction sur les tarifs postaux** : Tous les pays autres que ceux mentionnés pour le tarif n° 1 : 120 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.

Adresser le montant des abonnements à la librairie **J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris.** On peut s'abonner chez tous les libraires et à tous les bureaux de poste.

Le premier numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 3 fr.).

Le troisième numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 2 fr. 50).

Tous les autres numéros (Prix : 75 cent. le numéro. Franco : 90 cent.).

ORDRE DE PUBLICATION DES NUMÉROS SPÉCIAUX POUR 1933

2 Janvier.... — Tuberculose (direction de LEREBOULLET).
16 Janvier.... — Dermatologie (direction de MILIAN)
6 Février .... — Radiologie (direction de DOGNON).
20 Février .... — Maladies de l'appareil respiratoire (direction de BAUDOUIN).
5 Mars...... — Syphiligraphie (direction de MILIAN).
19 Mars ..... — Cancer (direction de REGAUD).
2 Avril...... — Gastro-entérologie (direction de CARNOT).
16 Avril...... — Eaux minérales, climatologie, physiothérapie (direction de RATHERY).
7 Mai ...... — Maladies du cœur et des vaisseaux (direction de HARVIER).
21 Mai ...... — Maladies du foie et du pancréas (direction de CARNOT).
4 Juin...... — Maladies infectieuses (direction de DOPTER).
18 Juin ..... — Pathologie ostéo-articulaire et chirurgie infantile (direction de MOUCHET).
2 Juillet...., — Maladies de la nutrition, endocrinologie (direction de RATHERY).
16 Juillet...., — Médicaments et pharmacologie (direction de TIFFENEAU).
5 Août ..... — Psychiatrie (direction de BAUDOUIN).
3 Septembre. — Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie (direction de GRÉGOIRE).
1er Octobre.. — Maladies nerveuses et mentales (direction de BAUDOUIN).
15 Octobre... — Maladies des voies uirnaires (direction de GRÉGOIRE et RATHERY).
5 Novembre. — Maladies des enfants (direction de LEREBOULLET).
19 Novembre. — Médecine sociale (direction de BALTHAZARD).
3 Décembre. — Thérapeutique (direction de HARVIER).
17 Décembre. — Gynécologie et obstétrique (direction de SCHWARTZ)

Il nous reste encore quelques années de 1911 à 1932 au prix de 60 francs chaque.
(15 % en sus pour le port).

CORBEIL. — Imprimerie CRÉTÉ.

PARIS MÉDICAL

LA SEMAINE DU CLINICIEN

Fondé par A. GILBERT

DIRECTEUR :

Professeur Paul CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.





LXXXVI

Partie Paramédicale

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

1932

TABLE ALPHABÉTIQUE

(Partie Paramédicale, tome LXXXVI)

Juillet 1932 à Décembre 1932

CORBEIL. — IMPRIMERIE CRÉTÉ

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE PAR APPAREILS AUTOMATIQUES

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

L'exercice de la médecine par des personnes sans diplôme prend chaque jour de nouvelles formes, tellement l'appât du gain peut rendre certains esprits ingénieux. A son tour la jurisprudence, pour la protection de la santé publique, doit analyser d'une manière toujours plus fine et plus serrée la notion d'exercice illégal consistant essentiellement à « prendre part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales » (loi 30 nov. 1892, art. 16, § 1er).

L'une des méthodes les plus subtiles employées par certains commerçants consiste à s'effacer — ou tout au moins paraître s'effacer — derrière le client, qui, adroitement suggestionné, choisit ou paraît choisir lui-même ses moyens de cure. De la sorte le commerçant demeure, ou pense demeurer, dans le cercle des actes permis, se bornant à vendre des objets de son commerce aux personnes qui lui en demandent spontanément.

Lorsque le client, croyant suffisamment connaître la maladie, le médicament nécessaire et la façon de l'employer, se borne à demander chez un pharmacien le remède à sa convenance, fût-ce en donnant des indications très générales, comme « un sirop contre la toux », ou bien « des pilules antinévralgiques », le pharmacien, qui le lui vend, peut contrevenir à la loi du 21 germinal an XI (art. 32), interdisant le débit, sans ordonnance médicale, de compositions ou préparations pharmaceutiques, mais il ne commet pas, cet acte fût-il habituel de sa part, le délit d'exercice illégal de la médecine (Rennes, 21 janv. 1914, *Repert. de pharmacie de Crinon*, 1914, p. 175).

En dehors des médicaments proprement dits, on vend dans le commerce un nombre plus grand chaque jour d'appareils, instruments ou objets servant à rectifier les infirmités humaines : bandages, lunettes, audiphones, corn-plaster, etc. Ici, à l'ordinaire, le client ne se décide plus seul à l'achat ; tout au moins hésite-t-il entre plusieurs appareils du même genre et il faut donc guider son choix. Les indications et conseils qui lui sont donnés dans ce but peuvent-ils être considérés comme la prescription d'un traitement médical ?

Observons d'ailleurs que la jurisprudence, prenant largement les mots « maladies et affections chirurgicales », y comprend même les simples défectuosités congénitales (Cass. Crim. 4 déc. 1925, D. H. 1926, p. 2). C'est d'ailleurs au sujet de pareils inconvénients que se sont posées les questions de chirurgie esthétique les plus fréquentes : strabisme, bec-de-lièvre, etc. (Paris 19 mars 1928, S. 31.2.193).

I

Il est d'abord des cas où le commerçant examine les infirmités du client au moyen de méthodes élémentaires, parfois peu scientifiques et purement pratiques, afin de savoir s'il a besoin de l'appareil demandé et surtout de quel appareil il a besoin dans le genre indiqué par le client. Peut-on considérer les conseils donnés dans ces conditions comme de véritables prescriptions médicales ?

Une jurisprudence constante fait abstraction complète des moyens de diagnostic. Elle a condamné les guérisseurs qui le faisaient par des moyens fantastiques (Cass. Crim. 5 déc. 1922, S. 1925.1.129), les pharmaciens qui prétendaient connaître tous les maux par la seule analyse des urines (Cass. Crim. 5 nov. 1904, S. 1905.1.473), les rédacteurs d'un prospectus conseillant un remède sans le moindre examen du malade (Cass. Crim. 24 nov. 1922, S. 1923.1.393).

La loi ne s'attache qu'à la direction donnée au malade, sans s'inquiéter des motifs l'ayant dictée. Cette solution est rationnelle; car ces directions seront d'autant plus dangereuses qu'elles s'appuieront sur des motifs moins scientifiques, et *a fortiori* quand elles ne sont dictées par aucun motif raisonnable.

Vainement le médicastre prétendrait-il n'avoir pas pénétré dans le domaine médical, en faisant appel à des notions, connaissances ou expériences accessibles à toute personne. Si le législateur n'interdit pas les recherches faites dans un but d'instruction, ou même de simple curiosité, comme on l'a dit au cours de la discussion de la loi du 30 novembre 1892 à propos de la suggestion et de l'hypnotisme, il défend indistinctement tous conseils à autrui pour les besoins de sa santé, dépassant les simples soins d'hygiène proprement dits. C'est cette direction de la santé d'autrui qu'interdit le législateur.

Plus vainement encore le médicastre prétendrait-il sa conduite licite comme faisant exclusivement du commerce, et qu'ayant le droit de vendre certains objets, il a nécessairement celui de décider le client à les acheter en lui prouvant qu'il en a besoin. Précisément cette complète liberté du commerce n'existe pas quand il s'agit de remèdes ou produits quelconques utiles à la santé. Sans doute les procédés de réclame banale vantant les qualités d'un objet auprès du public en général, pour attirer son attention, demeurent

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

licites, et jamais les fabricants de spécialités pharmaceutiques n'ont été inquiétés pour les éloges de leurs produits s'étalant sur leurs étiquettes ou prospectus.

Mais on sort du domaine de la simple réclame, quand on entend persuader à telle personne en particulier, à raison de son état, que tel remède est nécessaire à sa santé. La loi ne considère plus pareil conseil comme un acte de commerce, mais comme un acte médical.

On a souvent décidé qu'un pharmacien exerce illégalement la médecine quand il conseille un remède au malade, fût-ce uniquement pour le décider à l'acheter et verbalement quand le client se présente à son officine (Paris 26 mars 1870, S. 1870.2.183; Cass. Crim. 25 mars 1876, S. 1876.1.183; Trib. correct. Seine 5 nov. 1895, *Pand. fr. périod.*, 1895.2.340).

Il était donc logique de voir un exercice illégal de la médecine dans les agissements de l'opticien indiquant des verres à un client, après avoir examiné par skiascopie les défectuosités de ses yeux (Cass. Crim. 4 déc. 1925, D. H. 1926, p. 2), ou dans ceux du médicastre conseillant l'emploi d'un audiphone au sourd dont il vient d'examiner l'oreille avec un appareil vibratoire (Trib. Avesnes 22 mai 1928, D. H. 1928, p. 536 ; Douai 11 avril 1929, D. H. 1929, p. 356).

II

Certains ont perfectionné leur méthode, en gardant une attitude passive en face du client qui choisit lui-même le remède ou l'objet désiré. L'habileté consiste à guider son choix, sans en avoir l'air et sans lui donner nul conseil. Les procédés pour y parvenir varient beaucoup sans doute avec les circonstances, depuis la remise à domicile de factums relatant des cures merveilleuses, jusqu'à l'exposition en vitrine d'une image ou d'une maquette montrant la manière d'utiliser un appareil.

Ici encore il faut faire la part de la simple réclame, restant licite, quand elle montre au public en général les avantages véritables, exagérés ou imaginaires d'un objet ou produit pour le vendre.

Mais la liberté s'arrête quand il s'agit de persuader à telle personne en particulier qu'elle a spécialement besoin de tel instrument ou remède pour les soins de sa santé. Sans lui donner directement conseil, le médicastre va suggérer le malade, en mettant à sa disposition les moyens d'apprécier lui-même s'il a besoin d'un objet ou médicament déterminé. Comment alors atteindre et réprimer ces agissements ?

On songe d'abord à poursuivre le médicastre comme complice d'un délit en fournissant à autrui sciemment les moyens de le commettre (art. 60, § 2, C. pénal). Mais pour qu'il y ait complicité punissable, il faut que l'auteur principal de l'acte commette lui-même un délit. La personne procurant à autrui des moyens de suicide ne peut être poursuivie, comme complice d'un homicide que la victime ne commet pas en se donnant la mort à elle-même ; les personnes ayant facilité des soustractions entre époux, ou bien entre parents et enfants, ne sont pas réputées complices d'un détournement que la loi ne qualifie pas vol (art. 380, C. pénal).

Or, il est très douteux qu'en se traitant lui-même un malade exerce illégalement la médecine. Le doyen Brouardel déclarait, au cours de l'élaboration de la loi du 30 novembre 1892, que ses auteurs n'entendaient pas empêcher les soins familiaux ; à plus forte raison n'ont-ils pas interdit de se traiter soi-même.

Pour réprimer comme exercice illégal de la médecine les actes par lesquels une personne met à la disposition d'autrui les moyens de choisir une médication, il faut donc la considérer comme auteur principal du délit. Observant qu'il n'est pas permis de faire indirectement ce que la loi interdit de faire directement, la Cour suprême a condamné pour exercice illégal de la médecine des personnes ayant envoyé à des malades des brochures leur indiquant les remèdes à employer dans divers genres de maladies, entre lesquels le client devait opter lui-même (Cass. Crim., 24 nov. 1922, précité).

C'était condamner pour exercice illégal de la médecine toute personne mettant à la disposition d'un malade les moyens d'examiner lui-même s'il a besoin de tel procédé de cure, en vue de l'influencer.

Dans ces conditions, l'on a condamné pour ce délit l'opticien ayant mis à la disposition d'un client un autovisiomètre, en vue de déterminer les verres dont il a besoin (Trib. Avesnes 22 mai 1928, D. H. 1928, p. 536 ; Douai 11 avril 1929, D. H. 1929, p. 356).

Ainsi se trouve réalisé le vœu émis au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, tenu à Paris en mai 1906 : « Sera considérée comme exerçant illégalement la médecine :

« Toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, conseillera ou *facilitera* habituellement le choix de verres convexes, concaves, cylindriques ou cylindro-sphériques, par l'*une quelconque des méthodes* employées pour l'examen de la réfraction » (Compte rendu du Congrès, Paris, Gutemberg, 1907, p. 157).


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO

VARIÉTÉS

LE TRIOMPHE DU QUINQUINA

L'aide des grands seigneurs, des grandes dames et des grands écrivains.

Plus heureux que l'émétique, le quinquina, quand Talbot eut enseigné aux Français la manière de l'employer, obtint tout de suite à la cour l'appui enthousiaste des grands seigneurs, des grandes dames et des grands écrivains. Si l'émétique eut pour lui Scarron et Colletet, le



Marie de Mancini (fig. 1).

quinquina peut se vanter d'avoir été célébré par un poète comme La Fontaine à la demande de Marie-Anne Mancini, duchesse de Bouillon, et d'avoir été exalté par des grandes dames comme Mme de Sévigné et par des grands seigneurs dont nous rencontrerons les noms illustres au cours de cet article. Outre l'œuvre de La Fontaine, le dictionnaire de Trévoux donne un fragment d'un poème qu'un auteur anonyme adressait à Fagon. C'est à peu près tout ce que l'on connaît des vers inspirés par la poudre des Jésuites.

Quinquina, tu bannis l'effroi qui nous possède
Loin de cet appareil incertain, dangereux,
Qui plus que le mal même est souvent rigoureux
Et n'est qu'un autre mal sous le nom de remède :
Plus de faiblesse, de pâleur,
De battement, ni de douleur.
Ta puissante vertu tout à coup se déploie.
Un malade mourant se sent ressuscité
Et goûte, transporté de joie,
Tout le bonheur de la santé.

O merveille inconnue ! O précieuse écorce !
Si le docte Fagon, que la nature instruit,
Avoit vu, divin arbre, et tes fleurs et ton fruit,
Où n'emploirait-il pas tes vertus et ta force ?

Remède préférable à tous les panacées,
Le fort te receloit au bout de l'univers ;
Mais les peines qu'on souffre à franchir tant de mers
Par un si cher présent sont bien récompensées.
Combien, ô quinquina ! combien du fil des Parques
De mortels, trépassans, par toi sont préservés !

Le poème du quinquina que le Bonhomme écrivit vers 1682 à la demande de la nièce de Mazarin, n'ajoute pas grand'chose à la gloire du fabuliste. Il mériterait cependant à certains égards d'être plus connu du public et surtout des médecins. Regnier, qui a publié l'ensemble des œuvres de La Fontaine dans la collection des « Œuvres des grands écrivains de France », a donné une excellente bibliographie concernant le quinquina. Il a en particulier bien montré l'influence de Monginot sur l'œuvre du fabuliste.

François de la Salle, dit Monginot, docteur en médecine (qu'il ne faut pas confondre avec son père, François de la Salle dit Monginot), publia dès 1679 le premier traité de la « Guérison des fièvres par le quinquina ». Ce livre eut plusieurs éditions, dont deux simultanément à Lyon et à Paris (1) : 1679 et 1680. Il fut traduit en latin, à Ferrare : *Febris quina quinae expugnata*, et en anglais, en Angleterre.

Dans l'analyse succincte que je vais donner du poème de La Fontaine, je voudrais montrer que le fabuliste l'eût à meilleur droit intitulé : « La fièvre et son traitement ». Cette œuvre, qu'on peut regarder comme un excellent modèle de poésie didactique, se compose de deux chants.

Le premier est entièrement consacré à l'étude des fièvres intermittentes :

Le mal le plus commun, et quelqu'un même assure
Que seul on peut le dire en mal, à bien parler
C'est la fièvre, autrefois espérance trop sûre
A Clothon quand ses mains se lassaient de filer.

(1) François de la Salle dit Monginot, né en 1625 à Paris, était fils de François de Monginot, médecin ordinaire du roi, né à Langres en 1569 ; médecin de l'école de Montpellier, il avait acquis une grande réputation à Paris et fut médecin du prince de Condé. En 1617 il se convertit au protestantisme. Mort en 1637 à soixante-huit ans, il eut sept enfants de son mariage avec Anne Chènevis, dont l'aîné fut François de Monginot, le médecin. Mais la révocation de l'Edit de Nantes le contraignit à émigrer en Hollande avec ses enfants en 1688. — HAAG, France protestante.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Après cette introduction, le poète se préoccupe de l'origine de la fièvre :

Nous en avions en vain l'origine cherchée.
On prédisait son cours, on savait son progrès,
On déterminait ses effets,
Mais la cause en était cachée.

Il est évident qu'à cette époque il était difficile de soupçonner l'hématozoaire du paludisme, même avec l'imagination d'un poète. Aussi ne faut-il pas s'étonner de ce que l'on chercha à conter des causes variées et bizarres pour expliquer les différentes formes de la maladie. La découverte de la circulation du sang, qui venait à peine d'être admise par tout le monde, avait fini par modifier les conceptions que, depuis Fernel, on avait des causes de la fièvre. Ces conceptions, La Fontaine va nous les résumer en quelques vers :

La fièvre, disait-on, a son siège aux humeurs.
Il se fait un foyer qui pousse ses vapeurs
Jusqu'au cœur qui les distribue
Dans le sang dont la masse en est bientôt imbue,
Ces amas enflammés, pernicieux trésor,
Sur l'aile des esprits aux familles errantes,
S'en vont infecter tout le corps

Source de fièvre différente.
Si l'humeur bilieuse a causé ces transports,
Le sang, véhicule fluide
Des esprits ainsi corrompus,
Par des accès de tierce à peine interrompus
Va d'artère en artère attaquer le solide.
Toutes nos actions souffrent un changement;
Le teste et le cerveau piqués violemment
Joignent à la douleur les songes et chimères,
L'appétit de parler, effets trop ordinaires.

Voici pour la tierce, et voilà pour la quarte :

Que si le venin dominant
S'épuise en la mélancolie,
J'ai deux jours de repos, puis le mal survenant
Jette un long ennui sur ma vie.

Suite de longs versets sur le traitement de la maladie avant Talbot ainsi que sur l'inefficacité de ce traitement. Le poète traduit ainsi ce précepte d'Hippocrate :

« *Ars longa a vita brevis experimentum difficile.* »
L'art est long et trop court le terme de la vie ; un seul point négligé fait errer aisément.

La Fontaine nous montre ses connaissances anatomiques et physiologiques. Il décrit la circulation du sang, la production des esprits animaux et les causes du sommeil, les manifestations du pouls.

... Sûr et fidèle indice
Des degrés du fiévreux tourment.

Puis le Bonhomme nous décrit, toujours en vers, les caractères d'un accès de fièvre : le frisson, la chaleur.

... Qui défaut d'esprit tient sans doute son origine.

Les complications des formes graves.

Si le mal continue et que d'aucun repos
La fièvre n'ait borné ses funestes complots,
Dans les fébricitants il n'est rien qui ne pèche :
Le palais se noircit, et la langue se sèche ;
On respire avec peine, et d'un fréquent effort ;
Tout s'altère, et bientôt la raison prend l'essort.

Après cette description du paludisme tel qu'on l'observait avant l'introduction du quinquina, l'auteur indique alors le remède :

D'autres temps sont venus, Louis règne, et les Dieux
Réservaient à son siècle un bien si précieux ;
D'un bois qui tous les jours cause au Styx quelque perte.
Nous n'avons pas toujours triomphé de nos maux ;
Le ciel nous a souvent envoyé des travaux.
D'autres temps sont venus, Louis règne, et la Parque
Sera lente à trancher nos jours sous ce monarque.

Le Bonhomme, on le voit, ne perdait pas une occasion de se montrer parfois courtisan. Ce n'est pas nous qui protesterons contre ses flatteries, parce que ces éloges sont tout à fait mérités. Louis le Grand n'avait-il pas acheté de ses deniers le secret de Talbot et n'avait-il pas déjà laissé expérimenter sur ses enfants et petits-enfants cette poudre dont quelques médecins attardés disaient encore tant de mal ? Dès 1663, devançant Talbot et son secret, le quinquina avait été administré à la reine mère Anne d'Autriche (née en 1601, morte à Paris en 1666) au cours d'une longue et grave maladie, et ce médicament lui avait coupé la fièvre, « mais en lui laissant l'esprit rempli de vapeurs avec une manière d'assoupissement que lui paraissait fâcheux » (Mme de Motteville, page 186, collection Petitot. Mémoires).

Après ce préambule, le bon La Fontaine fait un retour sur ce qu'il a dit précédemment de l'origine des fièvres :

J'ai fait voir ce que croit l'Ecole et ses suppôts.
On a laissé longtemps leur erreur en repos ;
Le quina l'a détruite, on suit des lois nouvelles.
Arrière les humeurs, qu'elles pèchent ou non ;
La fièvre est un levain qui subsiste sans elles ;
Ce mal si craint n'a pour raison
Qu'un sang qui se dilate et bout dans sa prison.

VARIÉTÉS *(Suite)*

On peut comparer ces vers de La Fontaine avec l'opinion de Monginot sur « l'Origine de la fièvre » (page 37) : « La fièvre est un bouillonnement ou une fermentation extraordinaire, excitée dans la masse du sang; elle retire le sang; pervertit l'économie de tout le corps. Le principe en est un mauvais levain, qui tient de l'aigre ou de l'âcre et qui infecte les humeurs de différentes manières, d'ou la variété des fièvres. »

Après une allusion au livre de Cureau de la Chambre sur les débordements du Nil, et une comparaison entre les causes de ces débordements et la pathogénie de la fièvre invoquées par Cureau, l'auteur arrive enfin au quinquina. Ici, quatorze vers qui auraient fait frémir d'effroi Patin (1).

Tout mal a son remède au sein de la nature :
Nous n'avons qu'à chercher ; de là nous sont venus
L'antimoine avec le mercure,
Trésors autrefois inconnus.
Le quin règne aujourd'hui : nos habiles s'en servent.
Quelques-uns encore conservent,
Comme un point de religion,
L'intérêt de l'École et de leur opinion.
Ceux-là même y viendront : et désormais ma veine
Ne plaindra plus des maux dont l'art fait son domaine.
Peu de gens, je l'avoue, ont part à ce discours :
Ce peu c'est encore trop. Je reviens à l'usage
D'une écorce fameuse, et qui va tous les jours
Rappeler des mortels jusqu'au sombre rivage.

L'auteur fait une description de l'arbre qui produit le quinquina, et après avoir comparé sa feuille au laurier, il énumère les qualités de l'écorce :

Mais la principale vertu
Par qui soit ce ferment dans nos corps combattu,
C'est cet amer, cet âpre, ennemis de l'acide...
Double frein qui dompte sa fureur homicide,
Apaise les esprits de colère agités.

On pourra encore comparer avec ce résumé que nous donnons, les idées de Monginot sur la fièvre :

« Ce que je viens d'avancer, ce ferment ou levain acide, se pourroit trouver par les effets, c'est-à-dire par tous les accidens qui arrivent aux fièvres. C'est sans doute ce levain qui cause le froid, les frissons, les lassitudes douloureuses, etc. ; cela dure jusqu'à ce que le levain s'en aille par les sueurs ou par la transpiration; c'est pour cette raison que les sueurs sentent l'aigre.

« Si on voulait examiner ce levain de plus près et faire l'anatomie du sang pour voir si effectivement il y doit dominer au temps de la fièvre, on trouverait peut-être dans ce sang moins de sel volatile que dans celui des personnes saines, de même que pour les vins qui tournent au vinaigre. »

Après une incursion dans le domaine de la mythologie, notre fabuliste revient au mode et aux règles d'administration du quinquina :



Le grand Condé, d'après une estampe de la Bibliothèque nationale (fig. 2).

La base du remède étant ce divin bois,
Outre la centaurée on y joint le genièvre ;
Faible secours et secours toutefois.
De prescrire à chacun le mélange et le poids,
Un plus savant l'a fait : examinez la fièvre,
Regardez le tempérament ;
Doublez, s'il est besoin, l'usage de l'écorce :
Selon que le malade a plus ou moins de force,
Il demande un quina plus ou moins véhément.
Laissez un peu de temps agir la maladie ;
Cela fait, tranchez court ; quelquefois un moment
Est maître de toute une vie.
Nulle liqueur au quina n'est contraire :
L'onde insipide et la cervoise amère,
Tout s'en imbibe ; il nous permet d'user
D'une boisson en tisane apprêtée.

(1) La Fontaine fut en relation avec Patin vers 1660. Il connut aussi Spon. Voir la lettre du 13 août 1658 (édition R.P., p. 417), dans laquelle l'ancien doyen écrit à son ami : « M. de La Fontaine se recommande à vos bonnes grâces ; je lui ay fait voir votre dernière lettre. »

Réveillé-Parise a mis dans son édition la note suivante : « Notre immortel fabuliste avait alors trente-sept ans, étant né en 1621, mais son génie était loin d'être encore apprécié à sa valeur.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nouveau revenez-y vers la mythologie : éloge de Bacchus, du vin excipient de choix pour le quinquina.

L'extrait suffit : préférez l'autre voie,
C'est la plus sûre; et Bachus nous envoie
De pleins vaisseaux d'un jus délicieux,
Autre antidote, autre bienfait des cieux.
Le moût surtout, lorsque le bon Silène,
Bouillant encore, le puise à tasse pleine,
Sait au remède ajouter quelque prix;
Soit qu'étant plein de chaleur et d'esprits;
Il le sublime et donne à sa nature
D'autres degrés qu'une simple teinture;
Soit que le vin par ce chant véhément
S'empreigne alors beaucoup plus aisément,
Ou que bouillant il rejette avec force
Tout l'inutile et l'impur de l'écorce :
Ce jus enfin pour plus d'une raison
Partagera les honneurs d'Apollon ;
Nés l'un pour l'autre, ils joindront leur puissance.

Pour terminer enfin, une énumération des miracles du quinquina :

Combien a-t-il sauvé de précieuses têtes !
Nous lui devons Condé, prince dont les travaux,
L'esprit, le profond sens, la valeur, les conquêtes,
Serviraient de matière à former cent héros :
Le quin fera longtemps durer ses destinées.



Colbert en 1680, d'après une estampe de la Bibliothèque nationale (fig. 3).

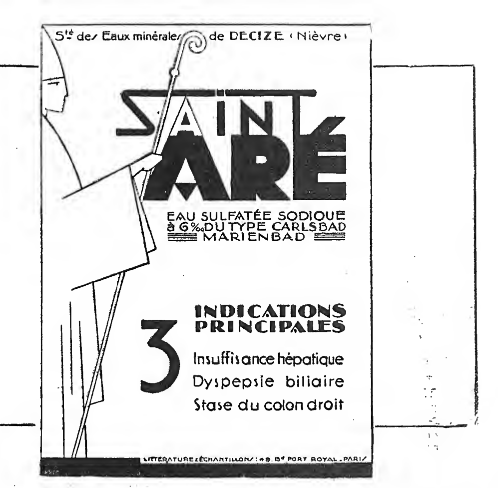


Jean de La Fontaine, par Rigault (fig. 4).

Son fils, digne héritier d'un nom si glorieux,
Eût aussi sans ce bois langui maintes journées.
J'ai pour garant deux demi-dieux :
Arbitres de nos jours, prolongez les années
De ce couple vaillant et né pour les hasards,
De ces chers nourrissons de Minerve et de Mars.
Puisse mon ouvrage leur plaire !
Je toucherai du front le bord du firmament.
Et toi que le quina guérit si promptement,
Colbert, je ne dois point te taire;
Je laisse tes travaux, ta prudence et le choix
D'un prince que le ciel prendra pour exemplaire
Quand il voudra former de grands et sages rois.

Et voici la conclusion de ce poème : un appel à la sagesse des humains, un vœu pour l'éternité de son nom et une flatterie pour le Roi-Soleil :

Corrigez-vous, humains; que le fruit de mes vers
Soit l'usage réglé des dons de la nature.
Que si l'excès vous jette en ces ferments divers,
Ne vous figurez pas que quelque humeur impure
Se doive avec le sang épuiser dans nos corps;
Le quina s'offre à vous, usez de ses trésors.
Eternisez mon nom; qu'un jour on puisse dire :
« Le chantre de ce bois sut chérir ses sujets.
Phébus, ami des grands projets,
Lui prêta son savoir aussi bien que sa lyre. »
J'accepte cet augure à mes vers glorieux;
Tout concourt à flatter là-dessus mon génie :
Je les ai mis au jour sous Louis, et les dieux
N'oseraient s'opposer au vouloir d'Uranie.


Sté des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)
SAINT ARÉ
EAU SULFATÉE SODIQUE à 6‰ DU TYPE CARLSBAD MARIENBAD
3 INDICATIONS PRINCIPALES
Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : 49, Bd PORT ROYAL - PARIS

27-2**

VARIÉTÉS *(Suite)*

Au commencement de cet article, j'ai écrit que le poème du quinquina n'ajouterait pas grand'-chose à la gloire du fabuliste. Arrivé à la fin, je me demande si, tout bien examiné, je n'ai pas cédé à des influences étrangères en portant ce jugement. Ce modèle du genre didactique eût gagné, comme je le disais, à être plus connu du public et surtout des médecins.

Certainement, si cette poésie eût eu la fortune des *Fables*, lors des tentatives de colonisation que firent les Français de la Guyane et de la Côte occidentale d'Afrique et à Madagascar, bien des existences sacrifiées eussent été sauvées par le quinquina du XVIIe siècle (aujourd'hui quinine, administrée sous le nom de quinine préventive).

Le lecteur m'excusera peut-être d'avoir abusé de sa patience en reproduisant de trop longs passages de l'œuvre du bon fabuliste, mais je tenais à lui montrer combien le besoin de la science préoccupait les hommes du XVIIe siècle. Et en rappelant ce poème du quinquina, puissé-je répondre au vœu du poète.

Dans un prochain article, nous verrons avec Mme de Sévigné, La Bruyère, Boileau, Racine, etc., dans quelle estime les lettrés tinrent le quinquina.

H. GROS.

EN SOUVENIR DE L'EXPOSITION COLONIALE

MAILLOT (1804-1894)

Avec le recul des ans, la grande figure de Maillot prend un puissant relief, tant il est vrai que la gloire demande, pour fleurir, un long temps de repos !

Maillot est encore près de nous ; le centenaire de l'Algérie, le mouvement colonial, les journées médicales de l'Exposition montrent son nom intimement lié à la conquête de l'Algérie ; il prend une actualité nouvelle, il s'illumine d'une brillante auréole... son œuvre est un noble exemple et un magnifique enseignement.

Ces notes ne feront que nous associer davantage encore au bel article que M. G. Morin a publié dans *Paris médical* du 7 juin 1930.

L'œuvre de Maillot a tenté M. Jobin, qui l'a choisie comme sujet de thèse (1), et qui, pas à pas, suit l'homme de science, tour à tour chirurgien sous-aide à la garde royale, chirurgien aile-major à l'hôpital de Metz, médecin adjoint à l'armée du Nord, et docteur à la Faculté de Paris. Le voilà enfin à Alger et à Bône : c'est là que nous jugerons vraiment de ce qu'il fut et de la mesure de sa valeur.

Nous savons ce qu'était Bône au début de 1832 ! « La ville présentait à ce moment un aspect déchirant ; les maisons en ruine étaient encore fumantes et inhabitées : dans les rues, désertes et encombrées de débris, on ne rencontrait que des chiens et des chats maigres, affamés et errants. Des eaux croupissantes dans des cloaques infects, des cadavres humains à demi enterrés, des animaux morts de famine exhalaient des odeurs pestilentielles. »

Le paludisme régnait en maître ! Une grande confusion s'était établie sur les fièvres dites intermittentes. Le nombre des décès était effroyable. L'année 1833 fut particulièrement meurtrière. On a compté dans les hôpitaux 6 704 entrants, 5 299 sortants, 1 526 morts, c'est-à-dire 1 décès sur 3 et demi. Dans un rapport qui ne parut qu'en 1882, Hutin fait un tableau saisissant de l'abattement moral et de la mauvaise hygiène des troupes d'occupation, du climat de Bône et de la chaleur torride de l'été ; des fatigues et des dangers qu'offraient pour le corps expéditionnaire les combats et les travaux de colonisation ; des difficultés, enfin, de l'organisation des formations sanitaires. Il étudie ensuite les affections dominantes d'abord pendant la période aiguë de l'endémo-épidémie, puis au cours de la période chronique. Dans la première dominent les fièvres intermittentes, les fièvres pernicieuses traitées par la quinine dès le moindre doute, puis le groupe confus des « gastrites, » des « gastro-entérites ». A partir du mois d'août commence la période de chronicité avec les « gastro-splénites, l'anasarque, les colites » ; nous dirions aujourd'hui : la cachexie palustre et la dysenterie amibienne. Mais le rapport de Hutin, écrit en 1833, ne parut qu'en 1882 !

C'est dans de telles circonstances que Maillot arrive à Bône. Il commence à étudier cette maladie qu'il ne connaît pas. Il étudie, examine, et fait paraître un premier rapport sur les maladies qui ont régné à Bône pendant le mois de juin 1834 ; déjà sa conception personnelle des fièvres pernicieuses se fait jour, et il la développe, plus tard, dans son rapport à l'Académie de médecine dont voici un passage :

« *Rien n'avait été publié*, écrit-il, *sur les épidémies si meurtrières de* 1832 *et de* 1833, *lorsque, au mois de janvier* 1834, *je fus détaché d'Alger pour aller prendre la direction du service médical à l'hôpital militaire de Bône. C'était donc à l'observation de*

(1) Dr JOBIN, La vie et l'œuvre de Maillot. Thèse Paris, 1931.

VARIÉTÉS *(Suite)*

m'apprendre quelle était la nature des maladies de ce pays. Y avait-il une analogie entre ces affections et celles que je venais d'observer en Corse et à Alger ? Y avait-il identité ? Tels étaient les points principaux qu'il fallait décider, et je n'avais d'autre moyen de le faire, je le répète, que l'observation au lit des malades. C'était en consultant mes souvenirs et mes notes de clinique, c'était en rapprochant des souvenirs et ces notes et ce que j'allais observer que je pouvais arriver, par induction, à une connaissance, plus ou moins exacte, des maladies de Bône.

« J'attachais une grande importance à la solution de ces diverses questions, parce que de la solution dépendait le choix du traitement que j'adopterais. J'avais, en effet, une opinion bien arrêtée sur la thérapeutique spéciale des maladies de la Corse et d'Alger et j'étais décidé à l'admettre, dans toute son extension, si la moindre analogie des symptômes me mettait sur cette voie.

« Heureusement, mon incertitude ne fut pas de longue durée. Me fondant sur la similitude de climat, sur le voisinage des marais, sur la position des points occupés par nos troupes, je pensai bientôt que les conditions étant à peu près les mêmes, il devait exister la plus grande analogie entre les affections de Bône et celles d'Alger : c'est-à-dire que, à Bône comme à Alger, l'intermittence devait dominer partout. Mais à Bône, les marais touchant la ville, et les ports extérieurs étant placés au centre ou au pourtour de ces terrains marécageux, on devait avoir, dès lors, pensai-je, des accidents plus graves, des fièvres pernicieuses en plus grand nombre ; on devait voir chaque année se dérouler les scènes que nous avait présentées l'épidémie d'Alger en 1832, au moment où nos troupes venaient de camper dans la Mitidja et occupaient encore la Ferme Modèle et la Maison Carrée.

« En théorie, je devais donc m'attendre à voir régner une épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes. C'était ensuite aux faits de m'apprendre si la théorie était exacte. Voici ce que les faits m'ont révélé :

« Du 9 février au 21 février 1835, j'ai reçu dans mes salles : 3 765 malades ; 3 623 sont sortis ; 135 sont morts ; 7 restaient au 17 mars, ce qui donne une moyenne de 1 mort sur 27 sortants environ.

« Sur 3765 malades, 2 534 étaient atteints d'affections franchement intermittentes ; 1 332 d'affections continues ; 79 seulement d'affections rémittentes bien tranchées. »

Maillot traite les affections continues par le sulfate de quinine.

Il serait difficile de citer toutes les conclusions de Maillot. Toutes sont basées sur l'expérience, et les résultats qu'il a obtenus l'ont classé au premier rang des hommes de son temps. Il fut évidemment décrié ; c'est le sort des idées nouvelles ; on doit mesurer, le plus souvent, la valeur d'une idée et sa force de vérité, aux réactions qu'elle produit. Puis, vient le jour où les détracteurs font leur la thèse combattue par eux et s'en attribuent tout le mérite. Histoire banale que connaissent tous les novateurs. Maillot est peu soutenu, encore moins encouragé. On cherche maints prétextes pour sabrer sa docrine. Heureusement, quelques maîtres savent lui rendre justice. Hutin lui écrit : « *C'est à vous que nous devons de voir clair dans les maladies de Bône ; je me plais à vous le répéter, parce que c'est une conviction et que j'ai besoin de vous payer cette dette.* »

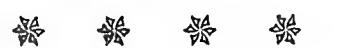
Littré écrit à son tour : « *Les fièvres continues d'Hippocrate, assimilées,* à tort, *à la fièvre typhoïde, sont les mêmes que celles auxquelles, avec un très juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale, M. Maillot a donné le nom de pseudo-continues.* »

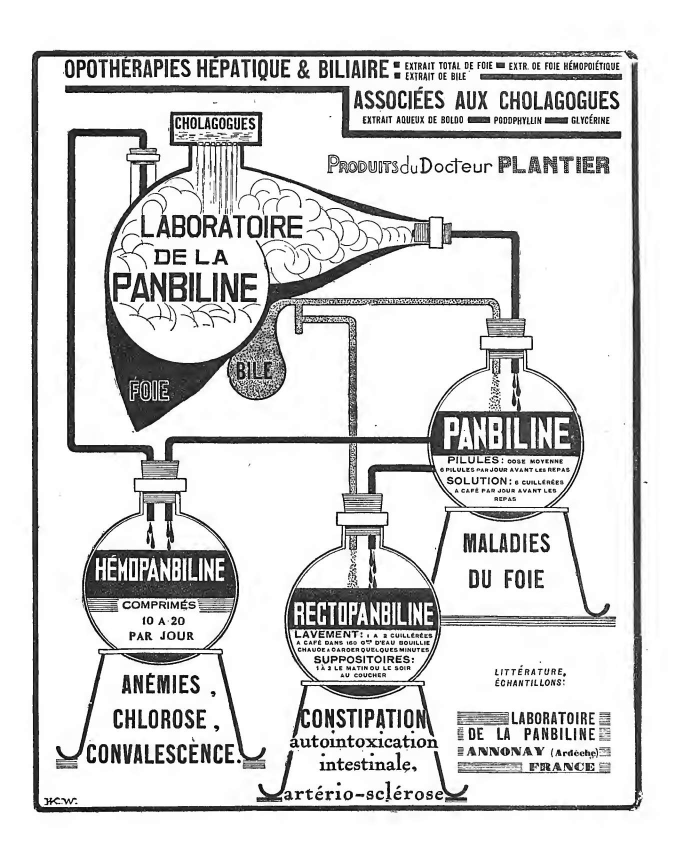
Il n'est pas exagéré de dire que Maillot a aidé grandement à la conquête de l'Algérie; sa doctrine a fait école, c'est un « précurseur » de nos idées actuelles.

On doit lire, sur ce grand médecin, le très documenté mémoire que M. Rieux a publié chez Charles Lavauzelle (Paris, 1931) et intitulé : MAILLOT, *L'œuvre du service de santé militaire en Algérie,* 1830-1930.

Mais nous nous en voudrions de ne pas signaler encore à tous ceux que notre histoire coloniale intéresse, l'ouvrage que M. Pierre de la Gorce, de l'Académie française, vient de donner chez Plon : *Louis-Philippe,* 1830-1848. Nous n'avons pas à juger la haute valeur de ce travail de synthèse. Le grand historien qu'est M. Pierre de la Gorce, dont les divers travaux font autorité, a traité, magistralement dans son *Louis-Philippe,* de la conquête de l'Algérie. On y voit les difficultés militaires s'imbriquer avec les difficultés sanitaires et l'on ne sait, véritablement, qui admirer davantage des chefs d'armée, des médecins ou des soldats : aussi bien pourquoi les dissocier dans notre jugement ? Incarnant l'âme de notre France, ils ont, avec leur sang, semé de leur âme sur le sol d'Afrique, et une nouvelle France nous est née.

Dr MOLINÉRY (Luchon).





OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE — EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE
EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO — PODOPHYLLIN — GLYCÉRINE
PRODUITS du Docteur PLANTIER
CHOLAGOGUES
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 6 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES A CAFÉ DANS 160 GMS D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES: 1 À 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION
autointoxication intestinale,
artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
H.C.W.

REVUES DES REVUES

Réduction paradoxale d'un Bordet-Wassermann résistant depuis douze ans (MM. JAUSION et A. PECKER).

Ces auteurs rapportent la curieuse négativation, en mars 1932, d'un Bordet-Wassermann positif depuis douze ans, en dépit de vingt-trois séries thérapentiques, taut arsenicales que bismuthiques ou mercurielles, et plus encore de six ans de traitement buccal.

Ce syphilitique, par ailleurs porteur d'un eczéma marginé de Hébra, lésion vieille de vingt-sept ans, s'est vu négativer par quatorze intraveineuses de vaccin contre les mycoses, traitement administré, cela va sans dire, dans une tout autre intention.

Ce cas très particulier confirme les auteurs dans l'opinion que le terme d'irréductibilité s'applique mal à des séro-réactions qui peuvent être réduites par une cure sans spécificité. Le fait ne s'observe d'ailleurs pas que dans la syphilis. On peut le mettre en évidence pour la gono-réaction.

La séro-résistance apparaît ainsi un phénomène général, peut-être en relations avec l'augmentation du quotient d'albumines.

Mécanisme de la fonction anticomplémentaire d'un sérum (Professeur Henri GOUGEROT et Dr E. PEYRE).

En pratiquant les réactions de fixation, Gougerot et Peyre ont étudié ce que représentait biologiquement la propriété anticomplémentaire des sérums, et ils se demandent s'il n'est pas possible de l'interpréter ainsi : un tel sérum ne posséderait-il pas, non seulement une sensibilisatrice, mais encore un antigène correspondant, c'est-à-dire tout le complexe fixateur antigène-anticorps ?

La réaction dite de fixation s'opérerait alors spontanément dans les tubes et peut-être aussi dans le sang circulant.

Le fait que le sérum anticomplémentaire se rencontre dans les maladies infectieuses, dans le paludisme et au cours du choc expérimental, dans le sérum prélevé, au moment précis de l'injection déclenchante, c'est-à-dire lorsque l'animal ayant acquis une sensibilisatrice reçoit par cette deuxième injection l'antigène de cette sensibilisatrice.

L'examen ultra-microscopique des sérums permet d'autre part de classer dans le même groupe les sérums donnant une réaction positive ou les sérums anticomplémentaires.

Réaction de floculation (DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et KOSSOVITCH).

Ces auteurs indiquent leur méthode de floculation qui donne des résultats faciles à interpréter. Employant un mélange d'antigène et de teinture de résine (celle-ci rendant la réaction plus lisible), ils proposent quelques modifications, s'en tenant maintenant à cette dernière technique : l'antigène est un antigène syphilitique quelconque, la teinture de résine est une macération de benjoin de Sumatra pulvérisé dans l'alcool absolu.

Le mélange initial de l'antigène avec la teinture se fait dans une proportion établie par titrage. On verse ensuite dans un tube : le mélange initial, 0,1, et de l'eau hypertonique à 2,5 p. 100 0,2. Après agitation 0,2 de sérum inactivé, employé peu de temps après la prise de sang, est versé dans le tube. Étuve à 37° ; une heure, et lecture.

Le tube présentant une floculation même à petits grains indique une réaction positive. Il y a 96,6 p. 100 de résultats concordant avec le Bordet-Wassermann. Cette réaction est considérée par bien des sérologistes comme plus spécifique que le B.-W.

La réaction de Meinicke dans la syphilis expérimentale du lapin provoquée par une souche de spirochète récemment isolée chez l'homme (S. NICOLAU et Mmes L. KOPCIOWSKA et VAL. CONSTANTINESCO).

Ces auteurs donnent une liste de résultats qui complète ceux déjà publiés en 1925 avec Mutermilch. Ils mettent ainsi en évidence la spécificité de la réaction de Meinicke dans la syphilis expérimentale du lapin, tous les animaux porteurs de lésions syphilitiques ayant, du moins une fois dans l'évolution de leur maladie, une réaction positive.

Or, dans la note qu'ils publient ils montrent précisément que la réaction de Meinicke a été étudiée dès le premier passage sur lapin d'une souche de syphilis humaine reconnue isolée et suivie jusqu'à la sixième série de passages.

Le manque d'adaptation à l'espèce animale peut expliquer peut-être un désordre moins prononcé dans l'équilibre colloïdal des sérums et de ce fait une apparence de la sensibilité moins grande de la réaction de Meinicke.

Pourquoi et comment il faut traiter l'hyperexcitabilité du système nerveux, (Dr H. FAVIER, **Concours médical**, Paris, n° 49, décembre 1931).

Excellente revue générale de la question, où l'auteur met en lumière l'activité puissante du somnifène, l'activité plus douce, plus progressivement sédative de l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid, mais surtout les propriétés antalgiques et calmantes de l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine ou allonal, qui justifient son emploi non seulement en médecine générale, mais aussi en urologie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et plus particulièrement en stomatologie.



LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES DÉNIGREMENTS SYSTÉMATIQUES (*Suite*)

Ce fait seul de la généralisation était en soi une imprudence et une faute, sans compter que c'était une maladresse grave, puisque le Syndicat des pharmaciens supposait par cette note, en accusant les médecins, que tous les pharmaciens membres du syndicat étaient les complices de ces agissements. Par conséquent, si l'accusation était grave pour les médecins, elle n'était pas reluisante pour les membres du Syndicat des pharmaciens.

De plus, la note publiée par le Syndicat des pharmaciens ne se contentait pas de dire que toute désignation d'un pharmacien par un médecin en vue de toucher une ristourne est un acte répréhensible aux termes de la loi sur les Assurances sociales, ce qui aurait pu constituer simplement un avis fondé sur une disposition légale; mais la note des pharmaciens affirmait que toutes les fois qu'un médecin désigne un pharmacien, toutes les fois qu'il tient à faire exécuter une analyse ou une ordonnance par un spécialiste de son choix, dans tous les cas il ne le fait que par intérêt, sans se soucier du bien du malade.

Une pareille affirmation, aussi inexacte qu'audacieuse, constituait à l'évidence un fait générateur de responsabilité et une déclaration faite de mauvaise foi, car le Syndicat des pharmaciens ne pouvait pas ignorer, en raison de sa collaboration constante avec les médecins, qu'en dehors d'exceptions excessivement rares, seul l'intérêt du traitement incline le médecin à exiger que ses prescriptions soient scrupuleusement suivies par tels pharmaciens dont il connaît la compétence spéciale.

Enfin, le Syndicat des pharmaciens était mal venu à plaider qu'il avait agi dans l'intérêt de la morale publique. Tout d'abord, le Syndicat des pharmaciens n'avait aucune qualité pour s'ériger en arbitre de morale et en défendeur de la vertu. Et puis, son intérêt personnel apparaissait trop clairement dans la note pour que cet intérêt purement personnel ne soit pas la cause déterminante d'une pareille légèreté et d'une aussi lourde maladresse.

Ce fut d'ailleurs l'opinion du tribunal de Laval

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

qui, par jugement du 18 novembre 1931, a condamné le Syndicat des pharmaciens de la Mayenne à payer 1 000 francs de dommages-intérêts et a autorisé le Syndicat des médecins à faire insérer le jugement dans trois journaux du département aux frais des pharmaciens.

Nous donnons intégralement le texte du jugement du 18 novembre dont les termes intéressent tous les lecteurs de *Paris médical.*

Audience publique du 18 novembre 1931.

Entre premièrement :

Le Syndicat départemental des médecins de la Mayenne dont le siège social est à Mayenne,

Ayant Me Guérin pour avoué ;

Et deuxièmement :

Le Syndicat des pharmaciens dont le siège social est à Laval,

Ayant Me Moulière pour avoué.

Jugement.

Le tribunal,

Après avoir entendu à une précédente audience publique en leurs conclusions et plaidoiries Me Gumod, avocat, assisté de Me Guérin, avoué, pour le syndicat demandeur ;

Et M. Baudet, avocat à la Cour d'appel de Rennes, assisté de Me Moulière, avoué, pour le syndicat défendeur.

Ouï également le ministère public en ses conclusions,

Jugeant en premier ressort et contradictoirement.

Attendu que dans son numéro du 5 avril 1931, le journal hebdomadaire *le Courrier du Maine,* publié à Laval, a inséré la note suivante :

« Le Syndicat des pharmaciens de la Mayenne a l'honneur de faire savoir que tous les pharmaciens peuvent exécuter toutes les analyses et fournir tous les médicaments, spécialités comprises, ordonnés par tous les médecins. Il met en garde le public contre les indications de certains médecins conseillant de s'adresser à un pharmacien désigné nominativement ou informant le malade qu'ils feront exécuter l'analyse ou l'ordonnance. Cette pratique n'a qu'un but : faire payer abusivement

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

par le malade une ristourne destinée au médecin. Ces faits étant punis par la loi du 3 avril 1930, le public est prié de les porter à la connaissance de leur pharmacien habituel qui en saisira le syndicat aux fins de poursuites. »

Attendu que le Syndicat départemental des médecins de la Mayenne, estimant que ces imputations sont constitutives d'une faute qui aurait causé un préjudice au Corps médical, a, se fondant sur les dispositions de l'article 1382 du Code civil, fait assigner le Syndicat des pharmaciens pour s'entendre condamner à lui payer une somme de cinq mille francs à titre de dommages-intérêts, et voir ordonner l'insertion dudit jugement, aux frais des défendeurs, dans trois journaux publiés dans le département.

Attendu que le Syndicat des pharmaciens oppose tout d'abord une exception d'irrecevabilité, prétendant que le Syndicat des médecins est sans qualité pour obtenir la réparation du préjudice causé à certains médecins, dont les agissements ont été dénoncés par ladite note, alors qu'il n'est pas démontré que les médecins en défaut soient syndiqués et que, lesdits médecins ne pourraient agir qu'individuellement, s'ils s'estiment abusivement lésés par le Syndicat des pharmaciens.

(A suivre.) — ADRIEN PEYTEL, *Avocat à la Cour d'appel.*

ÉCHOS

L'œuvre d'approvisionnement médical des prisons. — (Président d'honneur M. Georges Duhamel), informe les confrères que tout envoi d'échantillons médicaux peut être fait *en port dû* à M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès, Paris.

L'œuvre de la lecture en prison. — (Ministère de l'Intérieur, administration pénitentiaire, rue des Saussaies, Paris) serait heureuse de recevoir livres et brochures sans caractère politique ou religieux.

Mme le Dr Noémi Stricker-Rouvé, Victoria Parc, Menton, serait heureuse de trouver des correspondants disposés à centraliser en leur localité des dons pour les deux œuvres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1932.

Sir Almoth E. Wright (de Londres), associé étranger assiste à la séance.

M. le Président fait part de la mort de M. Luigi Pagliani, de Turin, correspondant étranger depuis 1910, M. Pagliani était né en 1847, il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Turin et l'un des hygiénistes les plus éminents de notre époque.

Le virus tuberculeux dans le liquide amniotique. — MM. Brindeau, Pierre Cartier et Pougin ont recherché le virus tuberculeux dans le liquide amniotique. Ils l'ont rencontré chez quatre femmes enceintes, à tuberculose très avancée.

Une fois, ils ont pu le déceler par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye. Dans les autres cas, c'est l'inoculation seule qui a donné un résultat positif. Ils voient là une nouvelle preuve du passage transplacentaire du virus tuberculeux.

La préparation de la vagotonine. — M. Desgrez présente une note de MM. D. Santenoise et H. Penau. Ces auteurs sont parvenus à mettre au point une technique de préparation permettant d'obtenir une vagotonine à purification très poussée, en quantité assez importante. Une première opération permet l'extraction de la vagotonine brute en partant du pancréas. Une seconde série d'opérations permet d'éliminer, par dialyse, précipitation par des sels neutres, la plus grande partie des impuretés, ainsi que l'insuline. Par des précipitations fractionnées successives, la purification est poussée beaucoup plus avant et la vagotonine est presque entièrement débarrassée de l'insuline. Une quatrième série d'opérations permet, par des passages successifs sur ultra-filtre, et précipitation à l'état de picrate, d'obtenir une vagatonine extrêmement purifiée.

Quelques précisions sur la pression veineuse. — M. Maurice Villaret constate que, depuis quelques années, l'étude des circulations périphérique et veineuse est, de plus en plus, l'objet de l'intérêt des physiologistes et des cliniciens. Il se délicite de ce mouvement, car il concorde avec l'opinion qu'il soutient depuis longtemps au sujet de l'intérêt de premier ordre que revêt la mesure de la pression veineuse périphérique en clinique.

Après un bref exposé historique de la question, l'auteur résume les données principales acquises par ses recherches. Il envisage tout particulièrement, parmi les facteurs qui interviennent dans le déterminisme de la pression veineuse, le rôle des petits vaisseaux périphériques. Celui-ci est analysé, autant que possible, dans ses divers éléments (artériole, capillaire, veinule).

Il rappelle ensuite les aspects divers des rapports qui unissent pression veineuse et tension artérielle. Il montre que ceux-ci ne sont pas toujours très étroits et qu'une grande liberté de variations réciproques apparaît dans bien des cas. C'est ce que, récemment, il étudiait dans un travail spécial sous le nom d' « anisergies circulatoires globales ».

L'auteur termine son exposé par le rappel d'une partie de l'abondante documentation clinique qu'il a réunie depuis des années et qui lui ont permis de dégager le comportement de la pression veineuse au cours des états pathologiques les plus variés, d'en tracer, pour ainsi dire la séméiologie. Il souligne combien celle-ci est riche, et combien étendu le nombre des désordres dont le niveau de la pressoon veineuse peut montrer le reflet en pathologie ; cela par la simple raison que, à l'état pathologique, très multiples sont les facteurs qui concourent à déterminer ce niveau.

Digestion des farines chez les nourrissons. — MM. Armand-Delille, Bespaloff et Lestocquoy rapportent une série de recherches qu'ils ont faites sur la digestion des farines chez les nourrissons, au moyen de la réaction iodophile dans les selles étudiées microscopiquement sur lames.

Ces recherches confirment scientifiquement l'opinion de la majorité des pédiatres français :

Au-dessous de six mois, l'enfant sain ne peut digérer qu'une très faible quantité d'amidon ; à partir de six mois, la digestion est au contraire complète même pour des rations importantes.

Le nourrisson malade, même au-dessus de six mois, ne digère pas les farineux.

Ils concluent que, contrairement à la tendance actuelle de divers pays, les farines ne doivent pas être employées chez le jeune nourrisson avant six mois et que de toute façon pour que l'amidon soit assimilable. il faut lui faire subir une cuisson prolongée, les bouilles doivent être cuites pendant au moins trois quarts d'heure.

Autres communications :

Sur l'histo-pathologie des myopathies primitives et surtout de la myopathie pseudo-hypertrophique. — MM. Scriban et Paulian.

De l'intérêt très particulier de l'étude des maisons à cancer et de la manière dont on pourrait y procéder. — M. Chaton.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1932.

Un nouveau cas autochtone de kala-azar chez l'adulte. Guérison par le traitement stibié. — MM. Cassoute, P. Giraud et F. Trabuc (Marseille) relatent l'observation d'une jeune fille de vingt ans présentant le syndrome clinique et hématologique typique de l'affection : fièvre, splénomégalie, anémie, leucopénie, mononucléose. La ponction de la rate montra des parasites rares, mais nets. Le traitement consista en une série de 36 injections d'émétique de soude (2gr,59 en tout). Une rechute s'étant produite, un traitement par le Néostibosane intraveineux amena la guérison définitive (2gr,10 en 8 injections). Le traitement stibié suffit donc chez l'adulte comme chez l'enfant pour obtenir la guérison dans la plupart des cas et la splénectomie paraît très rarement indiquée.

Etude anatomique et expérimentale d'un cas de chorée aiguë mortelle. — MM. Levaditi, Laederich, Manou et Beauchesne rapportent un cas de chorée aiguë chez une jeune femme de vingt ans ayant succédé cliniquement à des manifestations rhumatismales d'allure subaiguë (arthropathies atteinte, initiale discrète) évoluant depuis deux mois, résistant au salicylate et à évolution mortelle en un mois.

L'intérêt de cette observation réside avant tout dans les constatations anatomiques : endocardite végétante

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de la face axiale de la valvule mitrale et néphrite épithéliale non soupçonnée cliniquement. L'étude du cerveau montra uniquement des lésions de l'écorce ; les noyaux gris centraux étaient intacts, ce qui est exceptionnel au cours de la chorée aiguë. Des inoculations au singe restèrent négatives.

M. Renaud. — Les endocardites apparaissant chez les sujets manifestement atteints de rhumatisme articulaire aigu sont des endocardites thrombosantes et non des endocardites plastiques. Dans le cas de M. Laederich, l'endocardite est peut-être à l'origine des accidents cérébraux et des accidents rénaux.

M. Laederich fait remarquer que les lésions cérébrales n'avaient aucunement le caractère de lésions emboliques.

Syndrome de Van der Hœve. Fragilité osseuse, sclérotiques bleues et surdité. — MM. Laederich, Manou et Beauchesne rapportent un cas de syndrome de Vandsez Hœve chez une femme de cinquante-deux ans qui présentait la triade symptomatique classique : sclérotiques bleues, surdité, fragilité osseuse congénitale avec fractures multiples. L'affection est congénitale et héréditaire ; elle existait chez le père de la malade et chez son fils qui n'a d'ailleurs vécu que onze mois. Les auteurs discutent la pathogénie de ce curieux syndrome et étudient particulièrement le fonctionnement endocrinien ; malgré une augmentation du métabolisme basal de 40 p. 100, il n'existait aucun syndrome thyroïdien ni parathyroïdien. La calcémie et la phosphorémie étaient normales. Malgré une décalcification osseuse radiologiquement évidente, les mesures du bilan phospho-calcique montraient une rétention notable du phosphore et du calcium. Les auteurs concluent à la probabilité d'une insuffisance congénitale des tissus mésenchymateux où le rôle des glandes endocrines reste encore problématique.

Etude biologique d'un cas de goutte. L'hyperuricémie et les lésions anatomiques. — MM. Mathieu-Pierre Weil, J. Delarue et J.-P. Brisset présentent l'observation d'un goutteux chez lequel l'hyperucricémie fait défaut malgré la présence de stigmates cliniques certains d'un tophus du coude, et de déformation des gros orteils avec images radiologiques caractéristiques. L'examen anatomique de la tête des métatarsiens montra la présence d'altérations cartilagineuses et osseuses importantes bien qu'une très minime précipitation urique ait seulement pu être mise en évidence. Ces constatations, et celles que permit l'examen du tophus concourent à prouver que la précipitation d'acide urique dans les tissus est secondaire à un processus inflammatoire antérieur.

M. Apert a observé des attaques de goutte chez une carmélite que sa règle astreignait depuis de nombreuses années à un régime sans viande.

Infection gonococcique articulaire et endocardique, ayant évolué en dix-sept ans. — MM. Monier-Vinard, H. Chabanier, M. Perrault et J. Porin rapportent l'observation d'un homme qui, ayant contracté la blennorragie il y a dix-sept ans, présenta un rhumatisme déformant des mains et des pieds dont l'étiologie gonococcique fut prouvée par une ponction articulaire pratiquée au cours d'une des poussées subaiguës de ce rhumatisme.

Ce malade présenta de plus une endocardite ulcéreuse de même nature qui ne se manifesta que dans la dernière année de la vie par des signes d'insuffisance cardiaque avec un minimum de signes généraux. Elle devait cependant évoluer déjà depuis plusieurs années, comme le prouvent les lésions histologiques qui montrent trois ulcérations siégeant sur la valvule mitrale et reposant sur un véritable tissu de cicatrice très épais et infiltré de calcaire.

A noter enfin que, bien que les ulcérations siègent sur la mitrale, les signes cardiaques et périphériques réalisaient un syndrome typique de maladie de Corrigan. Ce fait s'explique sans doute par le siège de l'ulcération la plus importante au niveau de la portion juxta-infundibulaire de la grande valve mitrale.

Lobe azygos et pneumothorax artificiel. — MM. H. D'Hour et J. Fertin (de Lille) rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'une tuberculose ouverte de la moitié supérieure du poumon droit, chez qui l'on trouve radiographiquement une ombre scissurale de lobe azygos. Après pneumothorax l'on assiste à la séparation des lèvres de l'interlobe azygos. Les auteurs insistent sur la visibilité radiologique de cette scissure non symphysée et donnent leur opinion sur la visibilité des interlobes sains. Ils signalent que chez leur malade ils ont pu par la position lordotique transformer l'ombre de l'azygos « en larme » en une ombre « en croissant » beaucoup plus étendue et qui pour eux représenterait la crosse de l'azygos.

Modifications de la composition protéinique du sérum sanguin au cours de l'œdème pulmonaire aigu. — MM. Clerc, Sterne, Delamare et Paris rapportent trois observations dans lesquelles le dosage pondéral des albumines du sérum montra au moment de la crise une hyperprotéinémie évidente suivie, au bout de peu de temps, d'une diminution nette avec élévation relative du quotient albumineux. Ces faits sont à retenir, bien que leur interprétation nécessite de nouvelles recherches.

L'avenir des tuberculoses méningées. — M. André Jousset, revenant sur la possibilité de la guérison des tuberculoses méningées, montre une jeune femme de vingt ans (déjà présentée par lui avec M. Périsson en 1929) chez qui le diagnostic ne saurait être discuté, car il fut confirmé par la bactérioscopie et l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye. Personne ne pourrait aujourd'hui se douter de l'atteinte antérieure des méninges, tant la guérison est parfaite.

Quant à la mort survenue chez les deux autres malades, plus de deux ans après cette présentation, elle est le fait moins de la bacillose elle-même dont les poussées s'éteignirent complètement sous l'influence du traitement que des progrès de la tumeur méningée (tuberculome massif), comme en témoignent les symptômes et l'autopsie.

L'auteur compare ensuite les critères principaux du diagnostic et du pronostic des tuberculoses méningées, et spécialement la cytologie et la bactériologie du liquide céphalo-rachidien Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le cytodiagnostic, source d'incertitudes et d'erreurs, a définitivement vécu et doit être remplacé par la bactérioscopie.

2° Cette dernière méthode paraît même supérieure à l'inoculation, citée partout comme l'ultime ressource du diagnostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

A ce sujet, M. A. Jousset cite plusieurs observations de tuberculose avérée des méninges, reconnue à l'autopsie, dont la virulence à l'égard du cobaye se montra des plus inégales et fut même parfois nulle, en sorte qu'il n'hésite pas à affirmer la supériorité de la bactérioscopie sur l'inoculation pour ce genre de recherches.

3° Le cyto-pronostic présente une valeur considérable pour juger de l'avenir lointain du malade. Dans la tuberculose, comme dans la syphilis, la cytologie du liquide céphalo-rachidien permet seule d'apprécier la solidité de la guérison. Au-dessus de deux éléments par millimètre cube, il faut continuer, sinon à traiter le malade (allergine) au moins à trembler pour son avenir.

En résumé, si la bactériologie permet le diagnostic, la cytologie fait le pronostic des tuberculoses méningées et permet, seule une surveillance de longue durée.

M. Rist résume une observation ancienne à laquelle a fait allusion M. Jousset et dans laquelle, malgré la présence de nombreux bacilles dans le liquide céphalo-rachidien, l'inoculation au cobaye resta toujours négative et le malade guérit. Il pense qu'il s'agissait néanmoins de bacilles tuberculeux, mais croit qu'on ne peut l'affirmer avec certitude.

M. Lemierre pense que le cytodiagnostic n'a pas vécu et en souligne la valeur. Il y a toujours dans la méningite tuberculeuse une prédominance de lymphocytes ; quand les polynucléaires existent, ils sont toujours en proportion moindre.

M. Netter croit à l'existence de méningites tuberculeuses à germes atténués susceptibles de guérir.

M. Paraf insiste sur la nécessité de l'inoculation en série au cobaye. Sans ce critère, on ne peut dire qu'il s'agit de bacille tuberculeux.

M. Rist fait remarquer que, dans de nombreux cas, l'injection de bacilles certainement tuberculeux ne tuberculise pas le cobaye. Il donne l'exemple de certaines pleurésies puriformes du pneumothorax artificiel, très riches en bacilles, et cependant non inoculables. Il s'agit peut-être dans ces cas de bacilles morts.

M. Jousset pense que dans les deux cas qu'il rapporte la présence au niveau des méninges de la malade d'un tubercule volumineux est une preuve suffisante qui vaut bien l'inoculation au cobaye. Quant au cytodiagnostic, il n'en conteste pas l'intérêt, mais il n'a qu'une valeur relative.

M. Lemierre admet que c'est un signe qui n'a toute sa valeur qu'associé à d'autres signes cliniques.

Méningite cérébro-spinale apyrétique avec hâle solaire acridinique déclenchant l'installation d'une psychose polynévritique chez une alcoolique. — MM. Laignel-Lavastine et Frumusan présentent un cas de méningite cérébro-spinale méningococcique apyrétique à début progressif dans laquelle, à côté de symtpômes méningées très accentués, il n'existait aucun symptôme infectieux, sauf de l'herpès. Cependant le liquide céphalo-rachidien était purulent et contenait du méningocoque. L'évolution fut favorable, sous l'influence de la sérothérapie spécifique et du traitement trypaflavique.

Dans le décours s'installa un syndrome de Korsakoff avec polynévrite des membres inférieurs et psychose amnésique. Cette psychose polynévritique, d'origine alcoolique, semble avoir été déclenchée par la méningite.

Enfin, la malade présente une pigmentation brun foncé, qui n'est autre qu'un hâle solaire développé grâce à la photosensibilisation des téguments par la trypaflavine.

Immuno-transfusion et phylacto-transfusion — M. A. Tzanck. — Une communication récente de M. Harvier montre les différences fondamentales qui séparent la vaccination, spécifique, mise en œuvre pour des infections capables de déterminer un état réfractaire, comparable chez tous les sujets vaccinés, de la vaccinothérapie. Wright a méconnu cette distinction, et dans les infections traitées par lui l'immunité n'est point démontrée ; la spécificité de la méthode est à coup sûr discutable ; les résultats obtenus sont inconstants, variables, individuels ; enfin, les délais mêmes d'utilisation du donneur (trois à six heures après vaccination) mettent en doute la possibilité de réalisation d'un état d'immunité réelle en un temps aussi court.

En réalité, c'est bien une *phylacto-transfusion*, selon l'appellation d'Abrami et Tzanck, que Wright avait réalisée, le terme d'*immuno-transfusion* devant être réservé aux infections dans lesquelles un état réfractaire est réalisable.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1932.

Infarctus de l'intestin grêle. — M. Moulonguet rapporte une observation de MM. Guibal et Rousseau (de Nancy) concernant un infarctus probablement d'origine artérielle. Résection, anastomose termino-terminale au bouton. Guérison.

Invagination par diverticule de Meckel. — M. Sorrel analyse une observation de M. de Langre. Il s'agit d'un enfant de deux mois et demi, dont la tête d'invagination répondait à un diverticule kystique. Ligature du diverticule et résection. Une récidive ultérieure montre la cicatrice en tête d'invagination. Désinvagination. Guérison.

Péricardite à pneumocoque. — M. Lenormand rapporte une observation de MM. Benhamou et Goinard (d'Alger). Le diagnostic ne fut posé que radiologiquement. Intervention tardive par voie épigastrique. Évacuation de 700 centimètres cubes de pus. Guérison.

Ostéome traumatique paracondylien. — Cette observation de M. Bressot (de Constantine) est rapportée par M. Fredet.

Infarctus de l'intestin grêle. — Trois observations nouvelles dues à MM. Pernoux (de Poitiers) et Pouchet (de Pamiers) sont rapportées par M. Brocq ; elles ont guéri par simple laparotomie.

Deux cas d'infarctus hémorragique de l'utérus et des annexes. — M. Mondor rapporte ce travail de M. Braine. Trois heures après un accouchement surviennent des vomissements avec douleurs abdominales et altération rapide de l'état général. A l'intervention, infarctus des annexes et de la corne utérine droite. Castration unilatérale. Guérison.

Le second cas concerne un infarctus génital total survenu quatre mois après un accouchement. Hystérectomie suivie d'anémie. Mort au cinquième jour.

M. Mondor n'a retrouvé que 10 cas semblables dans la

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

littérature et les distingue de l'apoplexie utérine décrite au cours de la grossesse par MM. Couvelaire et Portes.

Pneumopéritoine spontané. — M. D'ALLAINES rapporte cette curieuse observation de MM. MONOD et HOLLANDE. Epanchement gazeux du péritoine sans qu'on ait trouvé de perforation au cours d'un syndrome occlusif. Le rapporteur pense à incriminer une minime perforation gastrique guérie spontanément.

M. PROUST partage cette façon de voir.

M. BROCQ a observé un cas de pneumopéritoine après laparotomie.

M. CUNÉO estime aussi qu'une perforation gastrique peut fort bien guérir spontanément après avoir donné un pneumopéritoine.

Traitement du cancer du col utérin. — M. GOSSET, d'après les résultats cliniques et anatomo-pathologiques observés dans son service, estime que la chirurgie doit céder le pas à la curiethérapie, exception faite des cancers compliqués (coexistence de fibrome ou salpingite).

A propos de la maladie de Pellegrini-Stieda. — M. TAVERNIER communique deux observations de calcification juxta-scapulo-humérale et les différencie des ostéomes métatraumatiques qui ne sont jamais douloureux.

Réduction des fractures du rachis. — Présentation d'un film illustrant la méthode de Bohler.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juin 1932.

Hépatectomie totale en un temps et évolution de la glycémie. — MM. NOEL FIESSINGER, GARLING PALMER et RENÉ LANÇON apportent les détails d'une technique d'hépatectomie chez le chien en un temps et sans canule. Cette technique ne provoque à aucun moment de stase portale, car l'hépatectomie est pratiquée après anastomose latéro-latérale porto-cave et communication par section au fil en anse. Il en résulte une intégrité parfaite de la fonction pancréatique. Les auteurs qui ont pu conserver certains de leurs animaux six heures, insistent sur la chute extrêmement rapide de la glycémie, qui se produit en deux heures à des taux non tolérables. Les injections de sérum glycosé n'arrivent qu'imparfaitement à ralentir cette chute glycémique. Cette hypoglycémie se produit avec cette technique beaucoup plus vite et plus brutalement qu'avec les techniques d'hépatectomie en plusieurs temps ou avec canule qui, elles, provoquent constamment des phénomènes de stase portale venant troubler l'intégrité du pancréas. Il faut ainsi considérer cette hypoglycémie foudroyante comme la conséquence d'une insulino-sécrétion pancréatique d'une activité anarchique.

La sécrétion de bilirubine chez le chien avec ou sans foie. — MM. NOEL FIESSINGER et GAJDOS, étudiant la bilirubinémie des chiens hépatectomisés, confirment l'opinion qui admet que la bilirubinémie s'élève dans le sérum des animaux hépatectomisés. Le taux de cette bilirubinémie reste toujours assez bas et ne dépasse pas le taux de 8 à 10 milligrammes par litre. Mais jamais on n'observe d'élévation de la cholestérolémie, ni de la cholalurie. Cette bilirubinogénie des chiens sans foie ne permet cependant pas de nier le rôle dominant du foie dans la bilirubinogénie. Par un artifice nouveau où la ligature du cholédoque avec exclusion de la vésicule est associée à la réinjection de la bile recueillie par fistule temporaire, les auteurs démontrent que la bilirubinémie du chien porteur de son foie s'élève beaucoup plus vite en montant beaucoup plus haut et en s'accompagnant de cholestérolémie et de cholalurie. Les deux ictères avec ou sans foie ne sont donc comparables ni en intensité, ni en caractères. Le foie joue un rôle important dans la sécrétion de la bilirubine, mais il n'est pas seul pour assurer cette fonction.

La pression portale après exclusion du foie par anastomose porto-rénale. — MM. PAUL CARNOT, René GAYET et FÉLIX-PIERRE MERKLEN, poursuivant leurs recherches sur les modifications de la pression portale sous l'influence de diverses agressions expérimentales, ont éliminé l'intervention de la circulation hépatique par une anastomose veineuse porto-rénale réalisée à l'aide d'un tube de Payr. Enregistrant alors la pression portale avec le dispositif précédemment décrit, ils ont pu constater que l'injection d'agents hypertenseurs (adrénaline ou extrait de lobe postérieur d'hypophyse) conservait chez ces chiens à foie exclu la même action sur la pression portale que chez les chiens normaux. Par contre, l'injection de substance produisant un choc circulatoire (peptone, histamine), donne chez les animaux à foie exclu une chute rapide et prolongée de la pression portale, sans l'hypertension secondaire observée chez les animaux normaux.

Si les variations de la pression portale semblent donc, dans une certaine mesure, indépendantes des modifications de la circulation hépatique, en ce qui concerne l'action des agents vaso-constricteurs, un rôle important doit être attribué à cette circulation hépatique dans la genèse de l'hypertension portale au cours des chocs, puisque chez les animaux à foie exclu cette hypertension est remplacée par un phénomène opposé.

La pression portale après modifications de l'apport sanguin dans le système porte. Discussion des résultats. — MM. PAUL CARNOT, RENÉ GAYET et FÉLIX-PIERRE MERKLEN ont étudié les variations de pression dans le système porte produites par les modifications de l'apport sanguin dans le réseau porte. L'abouchement à plein canal de l'artère rénale droite dans un tronc veineux duodéno-jéjunal, une anastomose durable latéro-latérale entre les troncs de l'artère et de la veine spléniques, l'énervation totale des plexus cœliaque et mésentérique supérieur n'ont pu déterminer que des augmentations légères (ne dépassant pas 2 à 3 centimètres d'eau) ou nulles de la pression portale. La suppression d'une partie importante des voies afférentes du système porte, réalisée par une splénectomie effectuée extemporanément ou dans une intervention antérieure, n'a amené aucune modification notable de la pression portale.

Il faut donc souligner la capacité d'adaptation remarquable que possède à l'état normal le réseau portal efférent hépatique, qui lui permet de s'adapter avec une remarquable souplesse aux modifications d'apport sanguin par le réseau afférent gastro-intestinal et splénique.

Modification de l'excitabilité du nerf splénique et de la rate sous l'influence de l'adrénaline. — MM. C. ANGELESCO, A. et B. CHAUCHARD étudient chez des chiens sous narcose chloroformique l'excitabilité du nerf splé-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

nique : chronaxie, temps de sommation, loi des intervalles ; d'autre part, ils mesurent directement la chronaxie de la rate. Les déterminations sont faites d'abord à l'état normal, ensuite après injection d'adrénaline. L'action de cette substance se manifeste par une diminution de la chronaxie du nerf splénique, le redressement de la courbe des intervalles, un raccourcissement du temps de sommation, et, simultanément, un abaissement de la chronaxie propre de la rate. Le fait que le raccourcissement du temps de sommation correspond à une diminution de la chronaxie de la rate vient confirmer la théorie des nerfs itératifs, d'après laquelle les lois de sommation sont l'expression de la chronaxie de l'élément d'aboutissement du nerf.

Le rapport azoturique. Méthodes de détermination, signification. — MM. Marcel Labbé, Fl. Nepveux et E. Szczeklik ont repris cette étude en comparant chez des sujets sains et des malades les rapports azoturiques obtenus en dosant l'urée : 1° par la méthode de l'hypobromite ; 2° par la méthode à l'hypobromite corrigée par la soustraction au chiffre d'urée du chiffre de l'ammoniaque dosé par la méthode au formol ; 3° par la méthode au xanthydrol de Fosse. Le dosage de l'azote total est toujours établi par la méthode de Kzeldahl.

Cette étude met en évidence l'importance de la technique employée pour doser l'urée. Si à l'état normal les rapports azoturiques établis par les trois méthodes sont à peu près identiques, il n'en est plus de même à l'état pathologique, quand il existe un trouble du métabolisme azoté, par exemple dans le diabète grave et dans l'insuffisance hépatique. Il ressort de ces recherches que la méthode au xanthydrol est la seule qui donne, dans tous les cas, des renseignements certains sur la valeur du rapport azoturique.

Receptivité du système nerveux central à l'égard du virus syphilitique. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn ont montré que l'inoculation du virus syphilitique dans la cavité rachidienne et l'encéphale du lapin ou du singe, espèces animales éminemment réceptives, ne détermine ni méningite spécifique, ni méningo-encéphalite analogue à la paralysie générale de l'homme. A l'état normal, le névraxe ne constitue donc pas un milieu propice au développement du virus syphilitique inoculé, quelle que soit la forme, infravisible ou tréponémique que peut revêtir ce virus.

Les auteurs ont continué ces recherches en introduisant dans l'encéphale du lapin des greffons de syphilome Truffi : si le parasite de la syphilis persiste dans le greffon inclus dans l'encéphale pendant une période pouvant atteindre quarante-huit jours, par contre il n'envahit jamais le tissu nerveux, ne s'y multiplie pas et n'est plus virulent. Il y a donc des tissus « tréponémophiles » et d'autres qui sont « tréponémophobes » ; le névraxe normal se range parmi ces derniers.

Le système nerveux normal du lapin du singe, et, très probablement aussi, celui de l'homme, semble donc opposer une résistance efficace et difficilement réductible à la pullulation *in situ* du *Treponema pallidum*. Si, à une période plus ou moins reculée de la syphilis, le névraxe tolère cette pullulation et réalise le tableau clinique de la parasyphilis, c'est que le virus acquiert des qualités neurotropes nouvelles, et que la réactivité du névraxe n'est plus la même.

A propos de l'action de l'acide phénique sur les bacilles tuberculeux. — MM. Jean Paraf et A. Abaza n'ont pu confirmer au cours de leurs recherches les faits avancés par Pétragnani : les bacilles tuberculeux traités par l'acide phénique non seulement ne s'y dissolvent pas, mais dans le liquide centrifugé filtré sur bougie L² et précipité par l'eau distillée, il est impossible de colorer des bacilles acido-résistants valables.

Peut-on rendre antigène « in vivo » la tuberculine brute ? — M. C. Ninni montre que la tuberculine brute, qui n'exerce habituellement aucune fonction antigène *in vivo* lorsqu'elle est inoculée par voie veineuse aux lapins, devient parfois antigène si on la mélange préalablement *in vitro* avec des *B. coli* tués, et le devient constamment si on la mélange avec des *B. coli* vivants. Les anticorps fixateurs que l'on obtient dans ces conditions peuvent être fixés par la tuberculine et ne peuvent pas l'être par les extraits lipoïdiques du bacille de Koch.

Pseudo-tuberculose spontanée du singe provoquée par le coccobacille de Malassez et Vignal. — MM. A. Saenz et L. Costil étudient une affection spontanée d'un singe mangabey identique à celle que l'un d'eux avait précédemment décrite chez des callitriches ; il s'agit d'une pseudo-tuberculose typique provoquée par le coccobacille de Malassez et Vignal. Les filtrats de cultures en bouillon de ce microbe ne sont pas toxiques pour les cobayes ; ils ne contiennent aucun élément susceptible d'être mis en évidence par l'inoculation au cobaye.

Sur la conservation des typhus exanthématiques chez le rat et la souris. — M. P. Lépine montre que le rat est bien l'animal réactif des typhus bénins. L'infection fébrile et fréquemment mortelle qu'il contracte par l'inoculation d'un typhus bénin (d'origine murine ou humaine endémique) différencie ce virus du typhus épidémique, qui ne détermine chez le rat qu'une infection inapparente. Toutefois, par passages répétés sur le cobaye, un virus murin peut, sans perdre sa virulence, abandonner les caractères qui le différencient normalement du typhus épidémique (œdème scrotal chez le cobaye, infection inapparente chez le rat) dont il devient difficilement discernable. La conservation du typhus endémique, après la défervescence, dans l'encéphale des muridés infectés expérimentalement suffit à expliquer l'infection naturelle endémique de l'animal. Une conservation d'égale durée (soixante-quatre jours au moins chez la souris) peut s'observer à la suite de l'inoculation du typhus épidémique et de l'infection inapparente qui l'accompagne.

Essai de vaccination antityphique « per os » par le procédé de Besredka. — M. Z. Inouzey conclut, de l'ensemble des observations faites dans la ville de Sapporo et dans les mines de Bibai et de ses environs, que la vaccination antityphique par voie buccale d'après le procédé de Besredka, loin d'être inférieure à celle par la voie sous-cutanée, se montre au moins aussi efficace que cette dernière ; sa valeur, au point de vue de l'hygiène sociale, est particulièrement précieuse du fait qu'elle ne comporte aucune contre-indication.

Les lésions nécrotiques placentaires du cobaye. — M. L. Grimard-Richard signale que le placenta des

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cobayes dans les élevages où les avortements sont fréquents, présente souvent des altérations nécrotiques et hémorragiques. Ces sortes d'infarctus peuvent permettre aux infections maternelles de se transmettre au fœtus et modifient la perméabilité placentaire. Toute expérience sur le passage au fœtus des agents figurés, des substances organiques ou des produits chimiques, doit donc être suspendue lorsque les cobayes sur lesquels on doit expérimenter proviennent d'un élevage contaminé.

Double chronaxie des portions moyenne et postérieure du deltoïde. — MM. Georges Bourguignon et de Vulpian, montrent que les portions moyenne et postérieure du deltoïde, se comportent comme les muscles postérieurs du bras et de l'avant-bras ; tandis qu'il n'y a qu'un point moteur et une chronaxie dans le deltoïde antérieur (0σ,06 à 0σ,14), il y a deux points moteurs et deux chronaxies dans les portions moyenne et postérieure du deltoïde. Chacune de ces deux portions possède un point inférieur qui a la même chronaxie que le deltoïde antérieur (0σ,06 à 0σ,14) et un point supérieur qui a une chronaxie deux fois plus grande (0σ,12 à 0σ,28). Les difficultés techniques de l'excitation du point supérieur du deltoïde moyen et du deltoïde postérieur expliquent que les points de chronaxie doubles aient échappé jusqu'ici. Il faut souvent recourir à la technique bipolaire pour réussir leur excitation.

Recherches sur l'endothéliome de Murray chez la poule. — MM. G. Roussy, Ch. Oberling et M. Guérin présentent le résultat d'une étude de l'endothéliome de la poule dont Murray et Begg ont fourni une description détaillée en 1930. Leurs recherches ont confirmé en grande partie les constatations des auteurs anglais, mais les tentatives de transmission par filtrat ou par tumeur desséchée sont restées négatives. D'autre part, les métastases montrent des localisations qui diffèrent sensiblement de celles observées par Murray et Begg, ce qui tient probablement à la différence de race des animaux en expérience.

Du point de vue histologique, l'élément fondamental de cette tumeur paraît constitué par une cellule mésenchymateuse très jeune capable d'évoluer dans des sens très différents (myéloblastiques, lymphoblastiques, fibroblastiques, endothéliales, macrophagiques). Ce sont donc de véritables hémo-histioblastomes.

Ce qui frappe surtout dans l'étude de ces tumeurs, c'est leur extrême polymorphisme dû à la diversité des éléments mésenchymateux qui entrent dans leur constitution et rehaussé encore par la fréquence des formes régressives de type macrophagique et giganto-cellulaire. Dans bien des endroits, l'aspect rappelle celui d'un tissu de granulations plutôt que celui d'un sarcome, et c'est ainsi que l'endothéliome de Murray et Begg, plus encore que le sarcome de Rous, illustre la nature particulière de ces tumeurs infectieuses des oiseaux qui s'apparentent à la fois aux processus inflammatoire et néoplasique.

F.-P. Merklen.

Séance du 18 juin 1932.

Evolution de la polypeptidémie après hépatectomie totale chez le chien. — MM. Noel Fiessinger, Maurice Herbain et René Lançon concluent de leurs recherches que la polypeptidémie, évaluée par le dosage, par la méthode du double azote de Puech et Cristol, augmente le plus souvent d'une façon considérable avec hépatectomie, prouvant le rôle important joué par le foie dans la polypeptidopexie.

Vagatonine et nerf de Héring. — MM. Henri Bénard et Félix-Pierre Merklen montrent que l'injection de vagotonine peut produire chez le chien une augmentation de l'effet vagal résultant de l'excitation faradique du nerf de Héring.

Action des sels de magnésium sur les vasoconstricteurs rénaux. — René Hazard et Lise Wurmser ont constaté, dans le même temps que le chlorure de magnésium inhibe, par ses effets directs paralysants sur les vasoconstricteurs rénaux, la réponse à l'excitation électrique du splanchnique, une diminution parallèle et constante de la vasoconstriction rénale adrénalinique. Cette diminution, — dont le mécanisme n'est d'ailleurs pas, dans ce cas, identique à celui de la seule vagotomie, mais implique la participation du sympathique, — constitue bien une preuve de l'action paralysante des sels de magnésium sur le sympathique rénal.

Double point moteur et double chronaxie du vaste externe du triceps radial et de l'abducteur du gros orteil. — M. Georges Bourguignon, à la suite des difficultés rencontrées dans la mesure de la chronaxie de ces deux muscles en pathologie, a repris l'étude minutieuse de leurs points moteurs. Il a ainsi découvert qu'ils ont chacun deux points moteurs et deux chronaxies.

Dans le vaste externe du triceps brachial, il y a un point moteur antérieur, dans l'interstice du biceps et du triceps, et un point moteur postérieur, dans l'interstice du vaste externe et de la longue portion du triceps. Le point moteur antérieur a la même chronaxie que les fléchisseurs ((0σ,06 à 0σ,14), et le point postérieur a une chronaxie deux à trois fois plus grande (0σ,16 à 0σ,34) : c'était la seule connue jusqu'ici.

Dans l'abducteur du gros orteil, il y a un point supérieur, qui a la chronaxie antérieurement connue de 0σ,40 à 0σ,70, double de celle des muscles antérieurs, et un point inférieur qui a une chronaxie deux à trois fois plus petite, égale à celle des muscles antérieurs de la jambe et du pied (0σ,14 à 0σ,34).

Ces faits nouveaux confirment toutes les lois générales que l'auteur a données depuis longtemps, et en particulier sa conception des muscles à double point moteur et double chronaxie : *ce sont deux muscles accolés dans la même gaine*. On constate en effet facilement que les fibres musculaires innervées par le point moteur de petite chronaxie ont une contraction nettement localisée dans une portion différente de celle où se produit la contraction par excitation du point moteur de grande chronaxie ; d'autre part, les fibres de petite chronaxie ont une contraction nettement plus vive que les fibres de grande chronaxie.

Action du sérum de fœtus sur les animaux adultes de même espèce. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard ont vu que le sang ou le sérum des fœtus ne sont pas toxiques pour les animaux adultes de la même espèce. On peut sensibiliser les animaux adultes en employant le sérum des fœtus, mais des précautions minutieuses sont nécessaires pour que l'expérience puisse réussir, du moins chez le cobaye.

F.-P. Merklen.

REVUE DES CONGRÈS

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER CONFERENCE INTERNATIONALE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

IMPORTANCE MÉDICO-SOCIALE DES SYPHILIS NERVEUSES ACQUISES OU HÉRÉDITAIRES.

Rapport de MM. Cavaillon, Milian et Sicard de Plauzoles (de Paris).

La syphilis, a dit M. Alfred Fournier, est avant tout un « poison du système nerveux », et Fournier, le premier, a dressé le bilan médico-social de la syphilis et montré l'importance de la syphilis nerveuse.

D'après les travaux de Fournier, c'est le cerveau qui est, après la peau, le plus fréquemment touché par la syphilis : « le cerveau, c'est-à-dire l'organe noble par excellence, celui qui régit tous les autres et qui gouverne toute la machine humaine ».

Les conséquences sont non seulement les infirmités motrices, mais surtout, au point de vue social, la déchéance intellectuelle à des degrés variés et sous des formes diverses.

Les auteurs rappellent les statistiques de Fournier, les travaux de Leredde sur le domaine de la syphilis, la syphilis héréditaire et la famille syphilitique, les recherches d'Auguste Marie et Levaditi, d'André Thomas et Long-Laudry, de Babonneix, de Drouet et Hamel, etc. ; ils insistent sur le rôle de la syphilis dans le développement de la dégénérescence mentale, arriération, perversion, psychopathies et criminalité juvénile, et sur les résultats remarquables et incontestables du traitement spécifique, systématique, précoce, rigoureux et prolongé.

Du point de vue social, le fait capital est que la syphilis est le facteur le plus important de dégénérescence ; il faut donc organiser la prophylaxie de la syphilis héréditaire par le traitement des parents avant la procréation, par le traitement des mères pendant la gestation et le traitement des enfants.

L'hérédo-syphilis doit être recherchée chez *les détenus* comme elle doit l'être chez les enfants anormaux, psychopathes et délinquants en général. Elle peut intervenir dans des cas *où aucun signe clinique ni même humoral n'en démontre l'existence chez l'enfant ni chez ses parents.*

Milian insiste particulièrement sur les relations de l'hérédité syphilitique avec les tares morales de tout ordre, en particulier le *vol.*

Un grand nombre d'adolescents et d'adultes qui deviennent des criminels à tous les degrés auraient pu évoluer dans un sens différent si on les avait soignés dans les premières années de leur vie. La prophylaxie de la syphilis acquise ou héréditaire se confond donc en certains cas avec la *prophylaxie de la criminalité elle-même.*

Communications.

M. Targowla (de Paris) insiste sur les **atteintes neuro-psychiques chez les hérédo-syphilitiques.**

Importance médico-sociale de la syphilis quaternaire en Tunisie (paralysie générale et tabes. — M. Cassar (de Tunis).

1° Le nombre des cas de paralysie générale et de tabes chez les Européens et Israélites tunisiens semble inférieur ou tout au plus égal à ce qui s'observe en Europe.

2° Le Musulman tunisien, avant comme après la guerre malgré le lourd tribut qu'il paie à la syphilis (75 p. 100 de la population totale), conserve encore actuellement une immunité réelle de son système nerveux ; le tabes est d'observation exceptionnelle et la paralysie générale demeure rare.

3° Malgré le peu d'assiduité du Musulman et quoique le traitement atteigne à peine une cure de blanchiment, l'insuffisance de ces traitements par les arsenicaux ne semble pas avoir d'action sur l'éclosion plus hâtive et sur la fréquence de la paralysie générale et du tabes.

Peut-être pourrait-on invoquer l'absence de l'alcoolisme dans les milieux tunisiens pour expliquer cette immunité du système nerveux de l'indigène musulman tunisien.

Discussion.

M. Milian (de Paris) confirme que le tabes et la paralysie générale sont exceptionnels chez les indigènes du Nord de l'Afrique ; or, depuis quelque temps des bruits couraient sur l'augmentation de leur fréquence, qui semblaient mettre en doute la réalité de cette constatation d'autrefois. Le Nord de l'Afrique n'a pas le privilège de cette virginité nerveuse ; il en est de même en Perse, où la syphilis est aussi fréquente et aussi mutilante qu'en Afrique.

Il souligne surtout dans la communication de M. Cassar le fait que le tabes et la paralysie générale ne sont pas en augmentation en Tunisie, alors que le traitement par le 914 y est fort répandu depuis de longues années ; c'est là un argument capital à opposer à ceux, heureusement peu nombreux, qui accusent le 914 de provoquer le tabes et la paralysie générale.

Autrefois on accusait le mercure de provoquer le tabes. Personne n'attache plus d'importance à cette billevesée. Les mêmes attaques se font aujourd'hui contre les arsénobenzols. Elles ne sont pas davantage justifiées.

M. Jadassohn (de Breslau) rapporte des observations intéressantes faites en Mongolie : la proportion de tabes et de paralysie générale y est comparable à celle qui est observée en Europe. Les traitements insuffisants ne paraissent pas avoir augmenté cette proportion; on ne trouve pas plus de cas de lésions nerveuses chez les malades fort peu traités que chez ceux qui ont subi un traitement suffisant.

M. Cavaillon (de Paris) fait remarquer que l'influence des traitements n'a certainement pas augmenté le nombre des cas de lésions nerveuses, car la guerre a provoqué une augmentation considérable des cas de syphilis, et cependant le nombre des tabes et des paralysies générales n'a guère augmenté. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'un très grand nombre des malades observés pendant la guerre ont subi des traitements notoirement insuffisants.

M. Nicolas (de Lyon) trouve une confirmation éclatante de l'opinion émise par MM. Cassar, Milian, Jadassohn et Cavaillon, que les arsénobenzols donnés soit à fortes doses, soit à doses faibles, ne favorisent pas l'éclo-

sion du tabes, dans ce fait qu'il y a trente ou quarante ans, les services hospitaliers et même les rues présentaient de nombreux tabétiques et grands tabétiques, alors qu'aujourd'hui la plupart des services hospitaliers en sont dépourvus et qu'il est infiniment exceptionnel de rencontrer les grands tabétiques d'autrefois dans les rues. Il en résulte que non seulement les traitements nouveaux ne sont pas cause de tabès, mais au contraire qu'ils agissent heureusement pour l'éviter. Cela est d'autant plus exact qu'on voit moins de tabétiques alors qu'il y a eu une très forte épidémie de syphilis il y a douze à seize ans.

M. HUDELO (de Paris) confirme ces données et attribue cette diminution à l'attaque thérapeutique antisyphilitique précoce du tabes.

A la suite de cette discussion, le Congrès vote à l'unanimité la résolution suivante proposée par M. Milian :

« *La fréquence du tabes, de la paralysie générale et de la syphilis nerveuse n'est pas plus grande aujourd'hui qu'autrefois. Elle semble au contraire avoir diminué, non seulement au point de vue absolu mais même relatif, car la guerre a augmenté la syphilis dans une proportion considérable qui ne se retrouve pas dans le nombre actuel des syphilis nerveuses.*

« *On ne peut donc que se féliciter de l'action des médicaments actuels et particulièrement des arsénobenzols, qui ont été employés depuis* 1910. »

LE SERVICE SOCIAL DANS LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Rapport de Mme Georges Getting et M. Louste.

Les auteurs exposent les origines, le principe, la technique du Service social dans la lutte contre la syphilis en France.

Cette organisation répond au plan de prophylaxie dressé par Alfred Fournier ; elle remonte à moins de dix ans, mais ses résultats sont tels que le Service social s'avère comme un facteur indispensable de la lutte contre la syphilis.

A Paris, il existe actuellement 19 services sociaux consacrés uniquement à la lutte antivénérienne : 9 dans les services d'adultes des hôpitaux ; 6 dans les services de Maternité et d'enfants ; 3 dans les dispensaires de la L. N. F. C. L. P. V. et 1 à l'hospice national des Quinze-Vingts.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé en outre un enseignement qui comprend :

1° Des *cours de Service social antivénérien* pour les infirmières, les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Ces cours sont faits deux fois par an à la Faculté de médecine.

2° Une *Ecole de Service social* où sont admises les infirmières et assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte antivénérienne.

Le rôle des *assistantes sociales* consiste à *éduquer les malades, à surveiller la continuité des traitements, à dépister la syphilis dans les familles.* Elles doivent avoir une instruction technique appropriée. Si leur rôle est indispensable dans les Maternités et les services de tuberculeux, il est encore beaucoup plus important et plus utile dans les services de syphiligraphie.

Rapport de M. le professeur L. Spillmann (de Nancy).

L'auteur montre la réalisation du Service social dans les villes de province et plus particulièrement à Nancy où il fonctionne depuis 1924. L'assistante sociale, directrice du Service social, y assure ses différentes fonctions sous les ordres du médecin-chef.

Elle constitue le dossier du malade, remplit auprès de ce dernier un rôle moral, surveille la régularité de son traitement. Elle contribue d'autre part à la recherche de l'origine des contaminations (prostituées de maisons de tolérance, prostituées en carte inscrites sur les contrôles d'un service communal de réglementation, prostituées clandestines, femmes ne se livrant pas ouvertement à la prostitution), exerce son action de protection dans la famille et dans l'entourage du malade, est parfois appelée à effectuer des visites à domicile, étend son action sur les prostituées en facilitant leur relèvement, est enfin en liaison constante avec les dispensaires annexes (dispensaires de Maternité, dispensaires urbains, dispensaires industriels, etc.) et avec toutes les œuvres sociales du département et des départements voisins.

Une tâche analogue incombe aux infirmières des dispensaires annexes. Toutes doivent être des infirmières d'un niveau moral supérieur et leur rôle exige un véritable apostolat.

Dans la plupart des grandes villes de province, à Lyon (professeur Nicolas), à Strasbourg (professeur Pautrier), à Bordeaux (Professeur Petges), à Marseille (Dr Vigne), à Saint-Etienne (Dr Laurent), à Rouen (Dr Payenneville), etc., le Service social fonctionne avec des organisations semblables, qui ne diffèrent que par des détails insignifiants. Il est à souhaiter qu'il se généralise à tous les centres de prophylaxie et de traitement.

Rapport de M. le professeur Jadassohn président de la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes.

La lutte contre la syphilis doit s'étendre également à la *gonorrhée.* Elle doit porter d'autre part sur les *facteurs sociaux proprement dits* (salaires insuffisants, chômage, misère, etc.) dans la mesure où le permet la situation économique de l'Etat.

L'auteur montre le fonctionnement du Service social contre la syphilis, tel qu'il est organisé en Allemagne où les mesures de contrainte cèdent de plus en plus le pas devant les organisations d'aide sociale et de prévoyance : *Offices sociaux* (Pflegeämter) liés plus ou moins organiquement aux Offices d'hygiène, de la police, aux bureaux de protection de la jeunesse et de bienfaisance (Jugend und Wohlfahrtsämter) *Offices-Conseils* (Berathungsstelled), *Offices d'hygiène,* etc.

En matière de syphilis héréditaire, l'auteur préconise le traitement dès la période de gestation et se montre de plus partisan de l'obligation pour *toute femme enceinte de se soumettre à l'examen sérologique du sang.* Un service de contrôle des enfants doit être organisé d'accord entre les Offices de protection de la jeunesse, les Offices d'hygiène, les cliniques et policliniques syphiligraphiques et pédiatriques.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

En dépit des difficultés financières auxquelles on se heurte, toute personne atteinte de maladie vénérienne contagieuse doit être mise aussitôt en traitement. Les frais de ces traitements seront couverts par l'Etat, ou les communes, ou les caisses de maladie.

Le malade ou sa famille ne doivent pas être atteints socialement du fait du traitement. Un Service social, assuré par des médecins et un personnel expérimenté, doit être adjoint à tout établissement où sont traitées en grand nombre des personnes atteintes de maladies vénériennes. Si le traitement en station dure longtemps, on instituera l'enseignement du travail et l'on s'efforcera d'occuper les malades.

Communications.

Rapport de Mrs Neville-Rolfe, secrétaire générale du British Social Hygiene Council.

L'exposé de l'auteur envisage principalement le côté éducateur et moral indispensable dans la lutte antivénérienne. En dehors de l'influence personnelle des médecins, des parents et des instructeurs, les notions d'hygiène sociale doivent être largement diffusées par la presse, le cinéma, la T. S. F., les conférences, etc.

La campagne contre les maladies vénériennes ne saurait être limitée à la guérison des sujets atteints, mais implique, de la part de tous, les connaissances nécessaires et la nécessité d'une hygiène raisonnée dans le domaine sexuel et dans le domaine moral.

Communications.

M. BEINTEMA (de Groningue), montre **l'augmentation des cas récents de syphilis dans le Nord des Pays-Bas** au cours de ces dernières années (9 cas en 1926, 93 cas en 1931). Il attribue, au moins en partie, cette recrudescence à la crise économique.

M. TARGOWLA (de Paris), étudie la **réadaptation sociale des paralytiques généraux et leur surveillance après leur sortie de l'hopital.**

MM. Gustave BUREAU et Yves BUREAU (de Nantes), montrent les **excellents résultats du Service social au dispensaire de l'Hotel-Dieu de Nantes.**

M. Raymond BARTHÉLÉMY (de Paris) est d'avis que l'assistance sociale n'aura pas son plein effet contre la syphilis tant qu'elle ne s'occupera pas à Paris, comme cela se fait déjà en province, des prostituées *ailleurs qu'à l'hôpital.*

Il faut que l'assistante sociale recherche et catéchise surtout les mineures, les clandestines, plus contagieuses et plus accessibles souvent aux essais de relèvement, mais plus ignorantes et plus insouciantes aussi. Il faut qu'elle pénètre avec les précautions nécessaires dans le milieu et la famille de la prostituée. Elle y serait aidée par les cadres médicaux et administratifs du dispensaire de salubrité qui, à Paris, dépend de la Préfecture de police, mais n'a plus l'esprit policier et possède une organisation permettant de retrouver un grand nombre de prostituées.

M. Robert RABUT (de Paris) exprime de même le désir que le Service social à l'hôpital soit utilisé au dispensaire de salubrité, où la présence d'une assistante, outre son rôle vis-à-vis du traitement des femmes syphilitiques, serait également précieuse dans un but de prophylaxie morale.

M. BRANTS (de Riga) communique les résultats de la lutte contre la syphilis en Lettonie.

M. Joseph Marie PEYRÉ (de Barcelone) montre le fonctionnement du Service social à Barcelone.

***

Au moment de la clôture de la Conférence, et sur la proposition de M. le Dr Cavaillon, le vœu suivant, résumant les travaux du Congrès, est adopté à l'unanimité :

« *Le Congrès, à la suite des rapports, communications et discussions concernant le diagnostic précoce des syphilis nerveuses, considérant que la ponction lombaire est le meilleur moyen d'apprécier l'état du système nerveux au cours de la syphilis, estime qu'il est nécessaire de la pratiquer au cours des étapes décisives de la vie du syphilitique.* »

***

Les fêtes du Centenaire ont été également marquées, le 10 mai, par la visite des nouveaux bâtiments de la *clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis*, en présence de M. le professeur Balthazard et de M. le professeur Gougerot, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris ; le 11 mai, par la *visite de la Cité universitaire*, 41, boulevard Jourdan, sous la direction de M. André Honorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, et par l'*inauguration du Musée d'histologie de l'hôpital Saint-Louis*, sous la présidence de M. Bergougnoux, inspecteur des hôpitaux, représentant M. le Dr Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Le jeudi 12 mai, la séance mensuelle de la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* eut lieu, comme d'habitude, à l'hôpital Saint-Louis. En exceptionnel hommage rendu par le Comité de direction à la mémoire de Fournier, elle fut consacrée à des présentations de malades ou communications se rapportant exclusivement à la syphiligraphie (1).

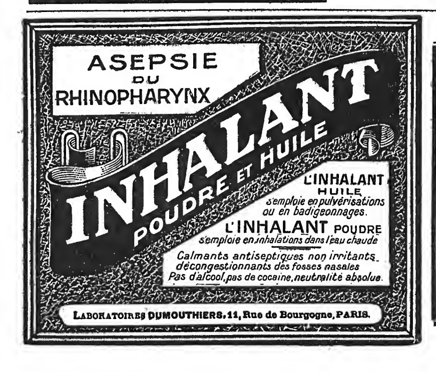
La cérémonie du Centenaire d'Alfred Fournier devait primitivement se dérouler à la Sorbonne, le jeudi 12 mai, en présence de M. le Président de la République, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique, et être suivie d'une réception à l'Elysée. Comme cette consécration officielle ne put avoir lieu en raison des circonstances, elle fut remplacée, le mercredi 11 mai, à l'issue de la séance de clôture de la Conférence internationale, par une cérémonie plus intime au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Là prirent successivement la parole MM. Hudelo Balthazard, Gougerot, Darier, Milian, Queyrat, Levaditi, Nicolau, Jadassohn, Ehlers, Ravaut, Emery, qui exaltèrent en termes émouvants l'œuvre et la vie d'Alfred Fournier. Ce dernier hommage, clôturant dignement les belles manifestations qui précèdent, fut, à défaut des pompes officielles, une magnifique apothéose. Nul ne pouvait être plus conforme à la mémoire du grand Fournier, dans le cadre d'un lieu où il vécut de si longues années, et où il aurait pu reconnaître, parmi les maîtres éminents qui le glorifiaient avec tant d'émotion, plusieurs des élèves qu'il avait le plus aimés.

Dr LUCIEN PÉRIN.

(1) Nous nous excusons de ne pouvoir, dans cet exposé-sommaire, entrer dans le détail des présentations et des communications faites au cours de cette séance, dont on lira le compte rendu des les *Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.*


CURE DE
DIURÈSE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE


TABLETTES
HOVA
HOublon
VAlériane
3 à 4 tablettes 3 fois par jour
TRAITEMENT SÉDATIF INOFFENSIF
DES AFFECTIONS NERVEUSES
Zyma 4, Rue Bellart, Paris 15e


ASEPSIE
DU
RHINOPHARYNX
INHALANT
POUDRE ET HUILE
L'INHALANT HUILE
s'emploie en pulvérisations ou en badigeonnages.
L'INHALANT POUDRE
s'emploie en inhalations dans l'eau chaude
Calmants antiseptiques non irritants décongestionnants des fosses nasales
Pas d'alcool, pas de cocaïne, neutralité absolue.
LABORATOIRES DUMOUTHIERS, 11, Rue de Bourgogne, PARIS.

REVUE DES CONGRES *(Suite)*

XVIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris 23, 24, 25 *mai* 1932.

Président : M. RAVIART (Lille).

Les lésions du foie dans la mort par submersion.

Rapporteur : M. ETIENNE MARTIN (de Lyon).

Le foie des noyés est augmenté de volume ; son poids, même en l'absence de toute lésion pathologique du parenchyme, dépasse le poids habituel de l'organe de plusieurs centaines de grammes. La coupe du foie laisse sourdre un sang noir, liquide, qui s'échappe des sinus distendus.

L'examen histologique montre un aspect de foie cardiaque, avec distension des capillaires sanguins et de nombreux blocs hémorragiques. Le nombre des hémorragies intraparenchymateuses, leur étendue, la distension des capillaires, les modifications consécutives des travées cellulaires, sont tout à fait caractéristiques dans la submersion. On ne les trouve certainement pas aussi marquées dans les congestions hépatiques déterminées par d'autres asphyxies, comme la strangulation et la suffocation. Ces modifications sont dues aux conditions suivantes :

La fluidité du sang qui permet une distension brusque de la glande hépatique ; un arrêt brutal de la circulation pulmonaire provoquant une insuffisance du cœur gauche et une réplétion considérable des cavités droites du cœur.

Il est donc nécessaire d'étudier l'état des poumons, la pénétration de l'eau dans le sang et la dilution du sang pour comprendre le mécanisme des lésions hépatiques.

Les lésions pulmonaires sont tout autres que celles de l'œdème aigu des poumons. Cot a soutenu que l'eau ne pénétrait qu'exceptionnellement dans les poumons et que le liquide qui gonfle ceux-ci était surtout du liquide d'œdème. Le rapporteur, s'appuyant sur de nombreux examens histologiques, montre l'absence d'exsudat dans les alvéoles pulmonaires, la rupture intense des parois alvéolaires qui constituent une lésion spéciale à la submersion, différente de l'œdème pulmonaire banal.

Il se produit donc, du fait de la présence de l'eau, un choc alvéolaire, une absorption d'eau qui explique la fluidité du sang et un barrage pulmonaire, cause de la défaillance du cœur droit.

Discussion.

M. LECLERCQ (Lille). — Dans la submersion, on observe en outre un gonflement des cellules hépatiques. L'augmentation de la masse sanguine par l'eau absorbée au niveau du poumon est capitale.

M. DE LAET (Bruxelles). — Un élément vient éclairer le mécanisme, dont il est parlé, c'est la mise en liberté chaque fois qu'il y a un phénomène d'asphyxie, d'une décharge d'adrénaline qui a pénétré dans le sang. Cette mise en liberté brutale serait de même nature que le spasme artériel qui se produit dans toute la circulation et qui vient compléter le phénomène de barrage veineux.

M. HENRI DESOILLE (Paris). — L'hypertension asphyxique semble être à la fois sous la dépendance d'une décharge adrénalinique et de phénomènes nerveux. Quoi qu'il en soit, pour expliquer la congestion hépatique, il faut faire intervenir l'état des capillaires du reste du corps et l'augmentation de la masse sanguine réalisée par l'absorption d'eau. Le barrage pulmonaire ne peut tout expliquer à lui seul : s'il existait seul, le cœur gauche battrait à vide et le foie ne se congestionnerait pas.

Traumatismes et syndromes parkinsoniens.

Rapporteurs : MM. NAVILLE et DE MORSIER (de Genève).

C'est un sujet de pathologie traumatique qui peut intéresser les médecins légistes à plus d'un titre.

La doctrine régnante était, il y a encore peu d'années, que des traumatismes ne pouvaient pas être la cause exclusive de syndromes parkinsoniens (opinion résumée par Souques en 1921). Même opinion de Lhermitte, Roussy, Scheffer.

Depuis quelques années, les observations de Paulian, Bing, Lotmar, Négrot et Crouzon, etc., ont montré que des traumatismes centraux pouvaient certainement être responsables de syndromes parkinsoniens.

Par contre, la plupart des auteurs n'acceptent pas encore le rôle étiologique des traumatismes périphériques.

Les auteurs ont suivi le plan suivant :

I. Syndromes après traumatisme cranien. — Ils citent une trentaine de cas survenus soit presque immédiatement, soit peu de jours, peu de semaines, quelques mois ou plus, après l'accident. Le plus souvent, il s'agit de syndromes parkinsoniens purs. D'autres éléments peuvent y être associés : thalamiques, pyramidaux, mentaux, ou le syndrome des commotionnés.

Presque la moitié des cas sont survenus avant quarante ans, ce qui prouve bien qu'on est en dehors du cadre de la paralysie agitante ordinaire.

II. Rôle aggravant du traumatisme sur un état antérieur ou une prédisposition.

A. **Aggravation de syndromes antérieurs** (paralysie agitante classique ou parkinsonisme encéphalitique). Quelques-unes de ces aggravations sont impressionnantes.

B. **Apparition du syndrome parkinsonien traumatique** chez des sujets apparemment sains, mais ayant eu auparavant une encéphalite. Les auteurs citent notamment un cas observé en Suisse.

C. **Apparition du syndrome parkinsonien,** traumatique chez des sujets présentant une menace d'hérédité similaire.

III. Rôle du traumatisme dans l'éclosion d'encéphalite infectieuse avec parkinsonisme consécutif. — On peut discuter le rôle des traumatismes dans l'éclosion d'encéphalite ou d'infections neurotropes (citations de quelques cas).

IV. Role du traumatisme psychique. — Citations bibliographiques au sujet desquelles les auteurs n'expriment pas d'opinion.

V. Paralysie agitante consécutive à des traumatismes périphériques. — Les auteurs rapportent une quarantaine de cas où le syndrome est survenu, et presque toujours après des symptômes intercalaires progressifs, et cela soit peu de jours après l'accident (citation du cas récent du professeur Euzière, de Montpellier), soit après quelques semaines, quelques mois ou plus d'une année. Citation d'un cas observé en Suisse d'un cas survenu à un chirurgien.

Citation d'un cas consécutif à une épicondylite traumatique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Plus de 20 p. 100 de ces cas sont survenus avant quarante ans, ce qui est plus que la proportion observée à cet âge dans la paralysie agitante classique.

A la fin de leur rapport, les auteurs ont cherché à justifier l'hypothèse du rôle étiologique de traumatisme exclusivement périphérique.

Ils montrent que les données anatomo-pathologiques ne permettent pas d'affirmer que les syndromes parkinsoniens soient dus à des lésions organiques, toujours localisées dans les mêmes segments des noyaux centraux puisque la plupart des auteurs récents insistent sur le fait qu'on trouve des lésions diffuses à tout l'axe cérébro-spinal (Lewy, Ivan Bertraud).

En outre, des lésions même grossières, dans les zones dites d'élection, ne donnent pas toujours les syndromes parkinsoniens (Clovis Vincent, Nills, Rotter, Ozaki, Lhermitte et Cornil). Par conséquent les voies du réflexe sensitivo-moteur extrapyramidal ne sont pas encore bien connues et il ne paraît pas exclu que des irritations périphériques puissent déterminer chez certains sujets des troubles du type parkinsonien (analogie avec les troubles physiopathiques qui s'accompagnent parfois de tremblement et de contractures).

Des recherches concernant les réflexes de posture et suivant les méthodes indiquées par Froment, Foix et Thévenar, Delmas-Marsalet, permettront peut-être de mieux comprendre la pathogénie des syndromes consécutifs à des traumatismes périphériques.

Discussion.

M. Crouzon (Paris). — Le parkinson traumatique existe. Il est des cas où, au point de vue strictement médico-légal, le blessé doit être indemnisé, alors que quelques doutes subsistent au point de vue scientifique.

M. Crouzon fait des réserves sur des cas de parkinson consécutifs aux traumatismes périphériques. Il verse au débat un cas de parkinson apparu après une anesthésie générale. Il précise les délais d'apparition du parkinson traumatique. Il souligne enfin l'extrême rareté de l'étiologie traumatique.

M. Duvoir (Paris). — Distingue le parkinson post-traumatique pur et le parkinson post-traumatique chez les anciens encéphalitiques.

M. Hamel (Nancy). — A observé une paraplégie spasmodique légère chez un sujet atteint de blessure ancienne des deux mollets et qui présente un mal perforant plantaire, qui paraît d'origine centrale. La lésion périphérique a-t-elle déterminé la lésion centrale ?

M. Ley (Bruxelles). — Si l'on a observé peu de parkinson, pendant la guerre c'est que les sujets étaient jeunes et n'avaient pas l'âge de la maladie de Parkinson. L'émotion ne fait que révéler le parkinson.

M. Dupain (Paris). — Pense que l'émotion peut accélérer l'évolution d'un parkinson et l'aggraver.

M. Naville (Genève). — Le parkinson traumatique est certainement rare. Il ne s'accompagne pas de somnolence, ni de myoclonie, ni de troubles oculogyres.

MM. Lande et Dervillée (Bordeaux) **Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique.** Observation d'un cas de parkinson à la suite d'un traumatisme périphérique dont le taux d'I. P. P., a été fixé à 80 p. 100 avec possibilité d'aggravation. Il s'agissait d'une femme âgée atteinte d'artériosclérose.

NOUVELLES

Un groupe important de médecins suisses voyageant en France visite Vichy. — Samedi 4 juin, dans l'après-midi, est arrivé à Vichy, en automobiles, un groupe important de médecins suisses, excursionnant en France. Ces médecins, appartenant à la Fédération des médecin suisses, ont profité de leur passage pour visiter les installations thermales de cette station.

Ils ont été ainsi reçus au grand établissement thermal, dont ils ont parcouru les différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie et d'électrothérapie, pourvus des tout derniers perfectionnements. Ils ont eu également l'occasion de visiter les ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat où, par suite d'un machinisme habilement conçu, toutes les garanties d'asepsie désirables sont obtenues. Les bouteilles arrivant des verreries, transportées par le système dit de la chaine, passent aux différentes machines pour être lavées, remplies, capsulées, étiquetées, sans qu'aucune main les touche.

Le laboratoire de recherches hydrologiques, fonctionnant sous le haut patronage de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, a retenu d'autre part toute leur attention, ainsi que le magnifique domaine du Sporting-club de Vichy, où a été réalisé un très bel ensemble d'installations sportives : golf, courts de tennis, stade, piscine, etc.

Pendant leur séjour, M. le Dr Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie de médecine et président de la Société des sciences médicales de Vichy, a fait à ses collègues suisses une très intéressante conférence sur les sources de Vichy, leur thérapeutique et l'historique de la station.

La Compagnie fermière de Vichy, de son côté, a tenu à recevoir les distingués visiteurs et leur a offert un banquet dans les salons du casino. M. Normand, directeur des Services administratifs, qui le présidait, prononça, au champagne, une allocution aux termes des mieux choisis, pour saluer ses hôtes et leur dire tout le plaisir qu'il éprouvait à les accueillir à Vichy. Au nom du corps médical de la station, M. le Dr Durand-Fardel leur souhaita à son tour la bienvenue et le Dr Gaspari, de Lausanne, au nom des membres de la caravane, exprima, en un discours d'une très belle tenue littéraire, tous ses remerciements pour le chaleureux et sympathique accueil dont ils avaient été l'objet.

Les visiteurs eurent aussi l'occasion d'assister à deux brillantes représentations au théâtre du Casino et quittèrent Vichy, le mardi matin 7 juin, se dirigeant vers la Côte d'azur et emportant de leur court séjour le meilleur et le plus durable souvenir.

Congrès international de la lithiase biliaire (Vichy, 1922 septembre 1932). — Peu de questions médicales, au cours de ces dernières années, ont subi autant de modifications que le problème de la lithiase biliaire.

Signalons sommairement les principales controverses actuelles, pour montrer tout l'intérêt du grand Congrès qui se prépare.

Tout récemment encore, on ne voyait, dans la lithiase, que la manifestation d'une infection microbienne locale de la vésicule biliaire.

La possibilité de lithiase aseptique est admise par tous aujourd'hui. Fréquents sont les cas qui semblent relever : d'un trouble des fonctions muqueuse ou résorbante de l'hépithélium biliaire, d'une stase biliaire par atonie vésiculaire d'origine neuro-végétative, d'une modification de l'équilibre colloïdal des humeurs, ou surtout d'une hypercholestérinémie, sous la dépendance plus ou moins directe d'une insuffisance chronique de fonctionnement du foie.

Dans l'ensemble, on attache une importance sans cesse grandissante au foie, toujours lésé dans la lithiase, comme les biopsies l'ont démontré, et l'on s'explique ainsi les liens de famille indiscutables qui l'unissent aux autres maladies de la nutrition (lithiase urinaire, goutte, rhumatisme, obésité, diabète) susceptibles comme elle d'avoir une origine hépatique.

Il était admis, jusqu'ici, que les calculs ne se formaient que dans la vésicule. En réalité, il en naît dans les méandres du cystique, dans les canaux excréteurs, et même dans les canalicules biliaires intra-hépatiques, l'enlèvement de la vésicule n'arrivant donc pas toujours à mettre à l'abri des récidives.

La symptomatologie des coliques hépatiques peut être fournie par bien d'autres causes que la présence des calculs dans la vésicule ; simple cholécystite, coliques protéiniques, congestion du foie, ptoses viscérales, etc.

L'ictère, même au cours de la lithiase calculeuse la plus franche, est loin d'être toujours d'origine mécanique ou par occlusion. Souvent il provient d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique, et l'on conçoit que cette perspective fasse hésiter devant les risques d'une intervention chirurgicale, toujours nocive pour le foie.

La cholécystectomie précoce était en grande faveur il y a quelques années. On estimait qu'en enlevant la vésicule, cause de tout le mal, on aboutissait, comme pour l'appendicectomie, à une guérison radicale.

Les résultats ont été parfois bien décevants, en raison de la persistance des douleurs, et surtout de l'état constant de fragilité hépatique. Lorsqu'elle n'est pas imposée par les circonstances, on lui préfère la cholécystectomie avec drainage, mais aussi le traitement médical et les cures thermales spécialisées, qui ont conservé toute leur faveur.

Par ailleurs, nombreuses sont les discussions sur les tenants et aboutissants des examens radiologiques, des recherches chimiques d'exploration fonctionnelle du foie, du drainage biliaire, de la diathermie, etc.

Ne pouvant aborder à la fois tant de points divers, le Comité du prochain Congrès s'est arrêté à trois sujets particulièrement en vue :

1° Les séquelles de la cholécystectomie;

2° Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire;

3° Le foie lithiasique.

L'ensemble des rapports, des discussions et des communications auxquels ces sujets donneront lieu, formera une large étude de tout le domaine de la lithiase biliaire, et des multiples questions qui s'y rattachent.

Si l'on en juge par les nombreuses adhésions, déjà reçues de toutes parts, les réunions médicales en préparation peuvent compter sur le plus grand succès.

Nous rappelons que la limite des inscriptions est fixée au 1er août et que toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Dr Jean Aimard, secrétaire général du Congrès interna-

NOUVELLES *(Suite)*

tional de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

Œuvre parisienne des enfants à la montagne. — On demande docteurs ou étudiants pour s'instruire et rendre service en examinant 600 enfants partant en colonie de vacances, *dimanche 31 juillet*, 9 heures à 12 heures ou 14 heures à 17 heures. S'inscrire : « Enfants Montagne », 26, Faubourg-Saint-Jacques (XIVe). Petite indemnité.

Voyage médical en autocar aux villes d'eaux tchécoslovaques (Franzensbad, Marienbad, Carlsbad) avec visites de Prague, Vienne, Budapest et retour par les Alpes, les Dolomites, les lacs italiens et la Suisse, du 21 août au 8 septembre. Prix : 3 800 francs. Renseignements et inscriptions à l'agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris (IIe). Tél. : Louvre 08-90.

La collaboration internationale dans le domaine des hôpitaux. — L'Associtaion internationale des hôpitaux, fondée l'été dernier, a pris, malgré la crise mondiale, un développement très satisfaisant. Jusqu'à présent, quinze sociétés nationales des hôpitaux s'y sont jointes. Cinq des onze commissions d'études prévues ont poussé leurs travaux préparatoires si loin que leurs programmes de travail ont pu être publiés dans le deuxième cahier de la troisième année de *Nosookmeion*, qui vient de paraître. Cette revue éditée par W. Kohlhammer à Stuttgart, est l'organe officiel de l'Association.

Les programmes des commissions d'études montrent la multitude des domaines touchés par le Service hospitalier moderne. Ils constituent un ensemble de matériaux scientifiquement et systématiquement réunis, destiné à rendre de grands services dans tous les domaines professionnels ainsi qu'aux autorités qui se consacrent au développement de l'hôpital comme centre sanitaire des villes et des districts. Il appartient aux personnes et aux services compétents d utiliser ce matériel selon les exigences du service hospitalier des différents pays.

Cliniques des maladies de l'enfance (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, et Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois de juillet, août et septembre 1932, dans l'ordre suivant :

Hygiène et clinique de la première enfance. — Ce cours aura lieu sous la direction de M. le professeur Lereboullet, du mardi 28 juin au mardi 12 juillet 1932, avec le concours de M. Cathala, agrégé ; MM. Janet, Lelong et Pichon, médecins des hôpitaux ; Mme Dolifus-Odier ; MM. Brizard, Chabrun, Bohn, Benoist et Baize, chef et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire ; MM. Saint-Girons et Roudinesco, assistants du service.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le mardi 28 juin à 9 h. 30 du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin, à 9 h. 30 et l'après-midi, de 16 h. 30 à 18 heures. Il sera terminé le 12 juillet.

Clinique médicale des enfants. — Ce cours de *clinique et de médecine des enfants* aura lieu sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé avec le concours de MM. Babonneix, Léon Tixier, Janet, Paraf et Pichon, médecins des hôpitaux ; Boulanger-Pilet, Lebée, René Martin, Kaplan et Liège, chefs ou anciens chefs de clinique ; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades ; Bidot et Pretet, chefs de laboratoire.

Il comprendra des leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie, et commencera à l'hôpital des Enfants-Malades, le lundi 18 juillet 1932, à 9 heures du matin ; il se poursuivra chaque jour, le matin, à 9 heures et, l'après-midi, de 16 à 18 heures. Il sera terminé le jeudi 4 août.

Clinique chirurgicale infantile. — Ce cours de *clinique chirurgicale infantile et orthopédie* aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie ; Hue, Aurousseau, Fèvre, Garnier, Leydet et Armingeat, chefs et anciens chefs de clinique ; Saint-Girons, chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant. Il comprendra 30 leçons et des examens de malades, commencera le jeudi 15 septembre 1932 et sera terminé le lundi 3 octobre 1932.

Sont admis au cours de revision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Thèses de la Faculté de médecine. — 28 *Juin.* — M. Voulpiotès, Etude de l'hyperplasie musculaire au cours des cancers gastriques. — Mlle Maire, Essai de cardiologie expérimentale sur *Helix pomatia.* — M. Garnier, Traitement de la rhinite ozéneuse par l'anatoxine diphtérique. — Mlle Lagasquie, Contamination syphilitique pendant la période d'incubation du chancre. — Mme Girard, Traitement de l'obésité à Brides-les-Bains. — M. Laurent, La phase somatique prodromique de la démence précoce. — M. Trillot, Hérédité cyclothymique, son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. — M. Deshayes, Le sérum antitétanique (sa production). — Mlle Herbert, Exploration radiologique des voies biliaires par injections des substances opaques. — M. Abramovici, Considérations relatives à l'influence

NOUVELLES *(Suite)*

de quelques maladies et de certains états physiologiques sur les lésions bucco-dentaires. — M. DELAETER, La pathologie des brouillards de la vallée de la Meuse.

29 *Juin.* — M. PAUL CASALIS, Etude de la conduite opératoire dans les appendicites gangreneuses avec perforation en péritoine libre. — Mme RONSIERF, Etude de l'action des effluves dans quelques affections gynécologiques. — M. SIMKOFF, Les grands kystes séreux du rein. — M. DOMINGUEZ, Etude du traitement des prostato-vésiculites gonococciques. — M. PARRIGUE, Etude et traitement de l'urétrite chronique. — Mme BELUGOU, Etude de la calcification du disque intervertébral. — M. COSTES-GUY, Arrachement des points épiphysaires de l'iléon chez l'adolescent. — M. PUECH, Syndromes acromégaliques au cours des tumeurs intracraniennes non hypophysaires. — M. DOUADY, Section des brides dans le pneumothorax artificiel. — Mlle DIRMANS, Influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. — M. MOLARD, Etude du syndrome hémorragique de l'insuffisance hépatique. —M. BRUNEAU, Le diagnostic de la méningite à bacille de Pfeiffer. — M. CHATERGEE, Paralysie faciale consécutive à l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur.

30 *Juin.* — M. JARROUSSE, Considérations sur l'avortement tubaire. — M. DE LA HUSSAIRE, Les mastoïdites rétro-labaryntiques. — M. REYNAUD, Etude de la chirurgie thoracique revue des techniques actuelles. — M. BOGORAZE, Etude d'*herpes gestationis*. — M. DUFOUR, Rupture artificielle précoce des membranes au cours de l'accouchement normal. — M. BLANCHET, De l'ostéoporose post-infectieuse et de l'ostéoporose algique post-traumatique.

2 *Juillet.* — M. AUGIER, La polypose recto-colique. — M. MARINOFF, Etude du cancer précoce de l'estomac jusqu'à l'âge de trente ans. — M. FRIE (GUY), La prophylaxie de la rougeole chez le nourrisson par le sérum de convalescent d'après une statistique des Enfants assistés. — M. TISLER, Etude des pneumococcies prolongées de la première enfance. — M. GOYEN, Recherches cliniques de la tuberculose du péricarde.

Thèses vétérinaires. — 27 *Juin.* — M. THIERRY, La pullorose. — M. POETTE, Le synthol en méthode vétérinaire.

28 *Juin.* — M. JEZEQUEL, La chorée du chien. — M. CAMUS, La fourbure de parturition chez la jument.

30 *Juin.* — M. ROGER, Dermatoses sympathico-endocriniennes chez le chien.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

2 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai d'inscription pour le clinicat des maladies infectieuses, pour le clinicat médical infantile, pour le clinicat d'hygiène et clinique de la première enfance, pour le clinicat médical, pour le clinicat médical propédeutique, pour le clinicat médical thérapeutique, pour le clinicat de la tuberculose.

3 JUILLET. — *Nancy.* Réunion médicale de Nancy.

3 JUILLET. — *Paris.* Anniversaire de Vauquelin.

4 JUILLET. — *Saint-André d'Hébertot.* Pèlerinage au tombeau de Vauquelin à Saint-André-d'Hébertot, près Pont-l'Evêque.

4 JUILLET. — *Toulouse.* Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Toulouse.

4 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures. Concours de clinicat ophtalmologique.

4 JUILLET. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin accoucheur des hôpitaux de Chambéry et professeur d'Ecole d'accouchement à la maternité de Chambéry.

5 JUILLET. — *Paris.* Office d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin directeur stagiaire du sanatorium de Belligneux-Hauteville.

5 AU 9 JUILLET. — *Paris.* VIIe Congrès international de la protection de l'enfance.

7 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures. Concours de clinicat chirurgical, de clinicat de chirurgie infantile, de clinicat d'urologie.

7 JUILLET. — *Paris.* Dernier délai des candidatures à la chaire d'histoire du travail au Conservasoire des arts et métiers.

7 ET 8 JUILLET. — *Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon, Alger.* Epreuves écrites pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine.

11 JUILLET. — *Marseille.* Ecole de médecine. Concours de chef de clinique exotique.

11 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine, 8 h. 30. Concours de clinicat des maladies infectieuses, de clinicat médical infantile, de clinicat d'hygiène et de clinique de la première enfance, de clinicat médical, de clinicat médical propédeutique, de clinicat médical thérapeutique, de clinicat de la tuberculose.

14 JUILLET. — *Vienne.* Congrès de la Société internationale de logopédie et de phoniatrie.

15 JUILLET. — *Bordeaux.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux

15 JUILLET. — *Bordeaux.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

15-16 JUILLET. — *Lille.* Congrès des écrivains français.

18 JUILLET. — *Paris.* Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie.

19 JUILLET. — *Orléans.* Concours de l'internat des hôpitaux d'Orléans.

25 JUILLET. — *Paris.* Congrès quinquennal international d'homœopathie.

25 JUILLET. — *Bruxelles.* Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

27 JUILLET. — *Limoges.* Inauguration du monument à la mémoire du professeur GILBERT-BALLET.

1er AOUT. — *Vichy.* Clôture des inscriptions pour le Congrès international de la lithiase biliaire.

CHRONIQUE DES LIVRES

Ernest Chambon (1836-1910), par le Dr André Fasquelle. Un volume in-8° petit Jésus de 110 pages, avec 9 figures. Préface du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur. Prix : 30 francs. (*Librairie J.-B. Baillière et Fils, à Paris*).

Depuis la découverte de Jenner (1796), la vaccination contre la variole s'effectuait de bras à bras ; le grave danger de la méthode était l'inoculation accidentelle de la syphilis.

En 1864, de nombreux cas de syphilis vaccinale furent constatés ; la question fut portée devant l'Académie de médecine par Depaul : on cherchait à éviter cette terrible complication de la vaccine qui faillit compromettre l'œuvre immortelle de Jenner. On craignait, en effet, que la syphilis vaccinale ne fasse obstacle aux vaccinations et qu'ainsi libre cours soit laissé à la marche croissante de la variole.

C'est ce que comprit Chambon, un jeune étudiant en médecine de 3e année, à l'esprit hardi, ouvert aux idées nouvelles ; il apprit qu'à Naples était pratiquée, depuis 1804, la vaccine animale; la lymphe vaccinale, au lieu d'être recueillie sur l'homme, était prélevée directement sur la génisse. Chambon, né en 1836 dans le Loiret, délégua à Naples son ami le Dr Lanoix avec mission de ramener à Paris une génisse vaccinifère et se dévoua, dès lors, à la propagation de la vaccine animale.

Ce sont les mémoires d'Ernest Chambon que vient pieusement de publier le Dr Fasquelle, son élève et ultérieurement son successeur, après le Dr Saint-Yves Ménard. Chambon y narre lui-même les diverses étapes de sa carrière, au cours de laquelle il fonda l'Institut de vaccine de la rue Ballu, introduisit la vaccine animale dans les hôpitaux de Paris et réussit à diffuser la nouvelle méthode dans toute la France, à l'étranger jusqu'en Amérique même.

Chambon était alors célèbre à Paris, sous le nom de « l'homme à la vache » ; il était ainsi nommé, nous dit le Dr Roux, parce qu'il amenait avec lui la génisse vaccinifère, dont la présence était une attraction qui fut pour beaucoup dans la diffusion de la nouvelle méthode.

« Ernest Chambon a rendu un grand service à son pays ; grâce à la vaccine animale, on peut maintenir toute une population en état réfractaire à la variole ; sans elle, l'application de la loi sur la vaccination obligatoire serait impossible. »

On ne saurait mieux résumer les mérites d'Ernest Chambon que par ces quelques extraits de la belle préface du Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, à l'ouvrage du Dr André Fasquelle.

L'anesthésie pathologique de la cornée, par Cerise et Thurel (*Arrault et Cie, éditeurs, à Tours*).

Cet ouvrage, écrit en collaboration par un ophtalmologiste, connu par ses travaux dans ce domaine, et un neurologiste, met remarquablement au point une question de neuro-oculistique de grande importance théorique et pratique.

Il débute par l'exposé technique des méthodes d'exploration de la cornée et un rappel des bases anatomiques et physiologiques nécessaires.

Puis vient un chapitre sur l'anesthésie cornéenne en pathologie oculaire, qui comporte une revue des diverses kératites. La kératite neuro-paralytique forme une transition naturelle avec les troubles de la sensibilité cornéenne qui ressortissent plus spécialement à la neurologie. Les auteurs étudient d'abord les lésions du trijumeau et passent en revue les divers syndromes topographiques : fente sphénoïdale, sinus caverneux angle ponto-cérébelleux, etc. Ils envisagent ensuite les modifications du réflexe cornéen dans les affections nerveuses centrales.

Une bibliographie étendue termine cet ouvrage qui rendra les plus grands services, car il groupe, en les passant au crible d'une critique raisonnée, un grand nombre de documents épars jusqu'ici dans des publications spéciales. A. B.

L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux, par le Dr A. Ravina. Un volume : 18 francs (*Masson et Cie*, 1932).

Ce petit livre résume les faits thérapeutiques nouveaux publiés au cours de cette année en France et dans les pays étrangers. Il continue la série à laquelle le Dr Cheinisse avait attaché son nom entre 1921 et 1924 avec le plus grand succès.

Une infinité de médicaments nouveaux s'offrent, chaque année, au praticien, rendant difficile, par leur abondance même, l'étude de leurs indications et de leurs effets. D'autre part, il est curieux de constater qu'en dépit de la multiplication des moyens d'information médicale journaux, analyses, congrès, bien des méthodes de traitement restent confinées à un pays et que la diffusion d'une découverte d'ordre thérapeutique est parfois très lente.

Un ouvrage comme celui-ci contribue à faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et d'autre part, indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques

L'auteur étudie d'une part les maladies et les symptômes, d'autre part les méthodes thérapeutiques. Il y a ajouté un troisième chapitre traitant directement de certaines médications nouvelles.

En raison de l'intervalle de plusieurs années séparant le dernier ouvrage de Cheinisse et celui-ci, il a dû, dans quelques cas, et pour la bonne compréhension de certains progrès thérapeutiques, mentionner quelques publications antérieures à l'année 1931.

Traité du sang publié sous la direction de A. Gilbert et M. Weinberg. Secrétaire de la rédaction : Marcel Léger. — Tomes III et IV : *données nouvelles sur le sang*.

I. Par M. Aynaud, E. Chabrol, A. Chauffard, J. Davesne, M. David, N. Fiessinger, P. Jeantet, E. Joltrain, M. Léger, L. Marchand, F. Mesnil, H. Mouton, M. Nastra, P. Nolf, Normet, M. Polonovski, J. Sabrazès, R. Tardieu, J. Troisier, J. Valtis, M. Villaret, M. Weinberg. 1932, 1 vol. gr. in-8 de 764 pages, avec 109 figures noires et couleurs et 2 planches en couleurs.

II. Par J. Barotte, A. Besredka, Boquet, C.-J. Bothelho, R. Burnet. C. Ionesco-Mihaieste, M. Léger L. Nègre, Hideyo Noguchi, Ch. Richet, Ch. Richet fils, A. Urbain, M. Weinberg. 1932, 1 vol. gr. in-8 de 360 pages, avec 23 figures. — Ensemble, 2 volumes gr. in-8 formant 1124 pages, avec 132 figures noires et en couleurs et 2 planches en couleurs : 225 francs (*J.-B. Baillière et fils, à Paris*).

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Depuis que les deux volumes du *Traité du sang* de MM. Gilbert et Weinberg ont paru, de très nombreuses recherches ont enrichi l'hématologie de faits nouveaux. Aussi a-t-il paru au Dr Weinberg, qui, après la mort du professeur Gilbert, a continué seul la direction de cet important ouvrage, qu'une méthode nouvelle s'imposait pou tenir l'œuvre à jour. Laissant dans leur forme primitive les premiers volumes, il a confié tant aux anciens qu'à de nouveaux collaborateurs la tâche de résumer les faits récents concernant chaque question de l'hématologie et d'exposer les problèmes soulevés au cours de ces dernières années. Aussi les deux volumes qui paraissent aujourd'hui sont-ils remplis d'actualités intéressantes. Il est impossible d'énumérer ici tous les articles ainsi réunis. Je me bornerai à citer l'étude de M. Nolf sur la coagulation du sang, celle de M. Valtis sur la sédimentation des globules rouges, le chapitre rédigé par le professeur Sabrazès sur les acquisitions récentes sur l'hématogenèse, la culture des tissus, la séміologie des formes anormales des globules rouges et blancs, et celui qu'il a consacré au traitement des leucémies, à la radiothérapie surtout. De même MM. Villaret et Marcel David ont exposé en détail la recherche du sang et de ses éléments dans les humeurs normales et pathologiques provenant des cavités séreuses leur recherche dans le sang, dans les produits de sécrétion, dans les sérosités pathologiques du revêtement cutané. M. Marcel Léger a mis au point l'état du sang dans le paludisme d'après des recherches récentes. M. E. Joltrain a analysé les modifications du sang au cours des états anaphylactiques, et le professeur Ch. Richet a, avec Ch. Richet fils, exposé en quelques pages tout ce qu'on doit savoir actuellement de l'anaphylaxie. MM. Weinsberg et Marcel Léger ont étudié les acquisitions récente sur l'éosinophilie. Les données actuelles sur le diagnostic humoral de la syphilis, de la tuberculose, des diverses infections, des mycoses, du cancer, de l'échinococcose sont exposées par une série de collaborateurs au premier rang desquels M. Weinberg, M. Urbain, M. Burnet, M. Bothelho. Un tel ouvrage ne s'analyse pas, tant sont nombreux et variés les chapitres qui le composent. Mais c'est pour les chercheurs une aide précieuse, et les mises au poin qu'il renferme seront dans bien des laboratoires fort utiles tous ceux qu'intéresse à l'hématologie moderne.

P. LEREBOULLET.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LES VARICES ET LA CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE

Le traitement des varices et des troubles circulatoires qu'elles provoquent est intimement lié aux modifications de la circulation périphérique qui sont la cause de ce syndrome pathologique et qu'il est nécessaire d'améliorer.

J. Chevaller, dans un travail récent, très étudié, sur les varices et la circulation périphérique (*Le Médecin chez lui*, VIII, n°22, 1er août 1919), expose, d'après les dernières recherches histologiques et physiologiques, les modifications provoquées dans les capillaires et les veines par les troubles circulatoires périphériques par variations permanentes ou paroxystiques de la tension artérielle et de la tension veineuse sous l'influence du système nerveux central et du sympathique.

Il met au point l'action des diverses substances chimiques médicamenteuses sur la motricité des capillaires et des divers produits de la nutrition normale ou pathologique ou de sécrétions glandulaires qui agissent sur eux comme dilatateur sou, au contraire, comme constricteurs.

Après une critique serrée de leur action, soit pathogénique, soit thérapeutique, il montre que les états variqueux sont toujours déterminés par de l'hypertonie du sympathique et que, sous son influenee persistante, exacerbée par des poussées périodiques, les muscles des tuniques veineuses résistent d'abord, s'hypertrophient ensuite puis dégènèrent et cèdent définitivement.

Les indications thérapeutiques rationnelles consistent dans l'emploi de sédatifs du système nerveux central, des antispasmodiques, associés aux diurétiques azoturiques et déchlorurants qui faciliteront l'évacuation des déchets organiques vaso-constricteurs. Les médicaments, dits toniques vasculaires ou vaso-constricteurs, sont complètement contre-indiqués; heureusement on les prescrit d'ordinaire à des doses telles qu'ils sont inactifs (Harald Lunbderg, *C. R. Soc. Biol.*, 1095, 1924). Les préparations opothérapiques, si on s'en tenait aux données physiologiques expérimentales, devraient donner des résultats constants; malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et, comme le montre Vignes (*Physiologie gynécologique*, Paris, 1929) on voit souvent se produire une hyperexcitabilité encore plus exagérée du système nerveux.

Avec les associations médicamenteuses, dont on vante les actions superposées, les résultats obtenus sont le plus souvent décevants, il y a rarement synergie d'action et souvent, au contraire, réactions antagonistes ; la polypharmacie est un retour en arrière au point de vue thérapeutique.

Parmi les médicaments qui remplissent les indications du traitement des variqueux, J. Chevalier insiste sur le gui et moutre qu'il doit, en raison de son action sur le système nerveux central et sur le sympathique, être considéré comme un véritable antispasmodique et que son pouvoir cardio-vasculaire découle uniquement de cette action nerveuse. De plus, ce médicament, lors de son élimination par le foie et par le rein, agit comme un diurétique azoturique et déchlorurant actif et non irritant, comme l'ont montré les travaux de Pic et de l'école lyonnaise.

Du reste, ce médicament a depuis longtemps pris sa place dans la thérapeutique courante, et la *Guipsine*, préparation scientifiquement étudiée et définitivement mise au point, est utilisée non seulement dans le traitement des varices qu'elle prévient et améliore, mais, également, dans tous les troubles circulatoires liés à l'hypertension et à la néphrosclérose. Employée à la dose de six à huit pilules par jour durant quinze jours ou trois semaines consécutives, elle diminue rapidement l'hyperexcitabilité nerveuse, modifie la circulation périphérique et, symptôme caractéristique de son efficacité, rétablit le sommeil chez tous ces malades excités.

VARIÉTÉS

LA PHOTOGRAPHIE AU SECOURS DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS

II (1)

Dans un précédent article j'ai établi que le prix de revient d'une photocopie à la Bibliothèque nationale, cet établissement étant choisi comme prototype des Bibliothèques de l'État, est beaucoup trop élevé pour le travailleur intellectuel et doit être abaissé dans de très larges mesures.

Pour arriver à ce résultat, deux solutions sont possibles :

1° Les Bibliothèques peuvent vendre, louer ou prêter à tout travailleur qui en fera la demande, les reproductions de documents nécessaires (2) ;

2° Si ces établissements ne veulent pas se charger de faire eux-mêmes ces opérations, ils pourraient tout au moins faciliter à chaque travailleur la photocopie individuelle du document qu'il désire étudier.

Si je pensais que la première solution dût être prochainement adoptée et que mon appel soit entendu sans retard, je n'aurais pas besoin d'entrer dans de plus longs développements sur la photographie individuelle. Ce qui a entravé jusqu'ici la généralisation de la photocopie, c'est que deux erreurs ont cours dans le public au sujet de l'art photographique. On s'imagine trop volontiers que c'est un art coûteux, exigeant une installation spéciale et un long apprentissage. On ne connaît pas les immenses progrès de la chimie photographique. Le nombre des travailleurs qui ignorent les progrès de la photographie est aussi considérable que celui des administrateurs des bibliothèques qui voient avec terreur toutes les difficultés de la photocopie, qui se figurent qu'i est nécessaire d'un spécialiste, non seulement exercé, mais encore pourvu par la nature de dons particuliers, alors qu'il serait facile de leur citer de très importants laboratoires où des femmes d'une instruction primaire très ordinaire, mais douées d'une intelligence vive, de patience et de bonne volonté, remplissent avec avantage les fonctions d'opératrices et gagnent honorablement leur existence en cette qualité.

Le prix des photocopies doit être abaissé pour plusieurs raisons.

La première est qu'aujourd'hui la photocopie doit être considérée comme le succédané de l'écriture le plus rapide, partant le plus commode et le plus économique, procédé indispensable même pour les personnes présentant des désordres qui tremblent les mouvements des membres supérieurs et qui empêchent l'écriture dans l'acte de copier ou de prendre des notes.

En second lieu, qu'on n'ait garde de l'oublier, les livres ou les manuscrits ont de nombreux ennemis et peuvent périr en totalité ou en partie malgré toutes les précautions prises. Parmi les ennemis du papier, la première place revient de droit à l'homme. Les moyens de nuire aux bibliothèques sont multiples : d'abord le vol. Sans parler d'histoires plus récentes, l'affaire Libri est encore présente à toutes les mémoires. Il est inutile d'insister longuement sur les dangers du feu et superflu de rappeler l'incendie de la Bibliothèque d'Alexandrie, celui des Archives de la Seine et celui tout à fait récent de la Bibliothèque de Louvain. Mais il y a d'autres risques moins communs : l'éboulement des bâtiments qui abritent les livres, comme à la Vaticane. Il y a l'action prolongée de l'humidité ; je puis citer l'exemple des Archives communales de Cambrai, qui, reléguées dans une cave pendant les quatre années que dura l'occupation allemande de cette ville, tombèrent pour la plupart en déliquescence lorsqu'on put enfin les sortir de leur abri. Ces quelques faits permettent d'entrevoir tout l'intérêt qu'il y aurait à posséder d'ores et déjà les doubles photographiques de tous les documents, imprimés rares ou manuscrits. Je citerai pour mémoire comme ennemis des livres les rats et certains insectes.

Enfin la photocopie présente d'autres avantages pour les lecteurs et pour les bibliothèques. Pour celles-ci, elle permettrait de combattre efficacement la pléthore de lecteurs dont souffrent certains établissements, telle la Bibliothèque nationale de Paris.

Pour les travailleurs intellectuels, la photocopie, en leur donnant les moyens d'avoir chez eux les textes authentiques, leur permettra d'éviter des déplacements onéreux qui entraînent aussi des pertes de temps considérables. Elle permet aussi à tous ceux qui ne peuvent quitter la campagne d'y mener une vie tranquille et laborieuse plus propre à la production intellectuelle. Même pour les personnes auxquelles le séjour des grandes villes est trop pénible en raison de la cherté de la vie, elle leur permettra de pouvoir se procurer dans la localité de leur choix les documents à prix très réduits.

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude complète de la reproduction des documents. On pourrait écrire sur ce sujet un gros volume.

(1) Voy. *Paris médical* du 5 mars 1932, partie paramédicale, p. 219.

(2) Sur ce sujet, on pourra consulter avec avantage la petite plaquette de M. Segouin : Des reproductions des documents, les photographies et objets d'art (Bibliothèque de la *Photo-Revue*, série verte, n° 15. De Francia, éditeur, 116 et 118 *bis*, rue d'Assas, Paris).

VARIÉTÉS *(Suite)*

Mon but est de plaider ici la cause de la photocopie avec le plus absolu désintéressement. Je ne puis cependant me dispenser d'insister ici sur les dispositions d'installation qui sont du ressort des administrateurs des bibliothèques. C'est pourquoi, avant d'étudier avec quelques détails les solutions qu'on peut donner à la photocopie individuelle, j'examinerai dans leur ensemble les conditions optima requises pour mettre à la portée du plus grand nombre des travailleurs, sinon de tous, les documents qui leur sont nécessaires.

Les conditions générales sont au nombre de trois.

La *première condition*, celle dont personne ne semble s'être occupé jusqu'à présent, est de permettre aux travailleurs de se procurer des documents à un tarif aussi réduit que possible avec des opérations réduites au minimum.

La *deuxième* est de pouvoir prendre le plus grand nombre de photocopies dans le plus court temps possible.

La *troisième* est que les dispositions de l'appareil dont on se sert ne laissent place à aucun aléa.

1° Tant que la solution libérale que j'ai préconisée ne sera pas mise en vigueur et généralisée, je ne vois qu'un moyen de parvenir à ce but : le lecteur doit prendre lui-même toutes ses photographies, supprimant ainsi l'intermédiaire et ses bénéfices.

2° L'opérateur doit prendre le plus grand nombre de photocopies possible dans le plus court temps. Ceci implique déjà de la part des administrateurs l'adoption de certaines dispositions. Par ce que nous savons de la lenteur qu'apportent les administrations à suivre le progrès, il ne faut guère compter qu'elles acceptent la solution libérale que j'ai envisagée. Elles admettront plus volontiers la solution individuelle parce qu'elles n'oseront pas faire autrement.

Avant d'exposer les desiderata des travailleurs, je tiens à dire ici que si je ne puis admettre le prélèvement d'une dîme sur un mode mécanique de graphisme, je ne puis comprendre non plus la gratuité de l'installation. Si par exemple, au nom des progrès de la photographie, je réclame pour moi le droit d'user de la lumière artificielle, comme je le dirai tout à l'heure, j'accepte fort bien que l'établissement où j'opère n'en supporte pas à cause de moi des frais supplémentaires et me fasse participer à la consommation d'électricité qu'en traînera pour lui mon installation.

Étant donc admis que la photocopie est un succédané de l'écriture, auquel tout le monde peut recourir, après autorisation préalable, toutes les bibliothèques publiques de quelque importance devraient posséder une chambre noire où les opérateurs pourraient serrer leurs appareils sous la protection d'un gardien et d'un chef de laboratoire s'il y a lieu.

Si la photographie n'est pas encore entrée dans les habitudes des travailleurs intellectuels, on doit incriminer surtout leur ignorance presque absolue des immenses progrès réalisés dans cet art, grâce à la *sensitométrie*.

Qu'est-ce que la *sensitométrie* ? Je n'aurais pas besoin de poser cette question, s'il s'agissait d'une notion connue du grand public ou si l'on pouvait rencontrer, je ne dirai pas une réponse satisfaisante, mais une réponse tout court, dans les publications à prétentions encyclopédiques les plus répandues telles que le Larousse.

Que l'on cherche dans les seize volumes qui composent le *Nouveau Larousse illustré*, son *supplément* et le *Larousse mensuel*, publié jusqu'à ce jour, on trouve bien le mot *sensitomètre*, dans le tome VII du *Nouveau Dictionnaire illustré*, mais point de *sensitométrie*. Il est incontestable cependant que cette notion nouvelle a introduit dans l'art photographique une très grande précision. En substituant une rigueur quasi mathématique aux évaluations trop approximatives de nos sens sujets à tant d'erreurs, elle a fait de cet art une véritable science.

La sensitométrie est cette partie de la chimie photographique qui a pour but l'étude de la sensibilité à la lumière des plaques, pellicules et papiers, en un mot des émulsions photographiques (1).

On exprime cette sensibilité par les deux lettres H. D., initiales des noms de deux savants anglais, *Hurter* et *Driffield*, qui, dès 1890, ont les premiers posé les bases de la sensitométrie. Toutefois on ne doit pas ignorer qu'il existe plusieurs échelles de sensitométrie. H. et D. est parmi ces dernières la plus usitée en France et dans les pays de langue anglaise (2). On dit par exemple qu'une marque de plaques possède une sensibilité de 60 H. D. : cela signifie qu'elle est cinq fois moins rapide qu'une autre marque qui en a 300.

Les fabricants s'ingénient maintenant à livrer à leurs clients des émulsions d'une sensibilité constante. Ces émulsions exigent un temps de pose connu, avec la même intensité d'éclairage.

(1) On trouvera des notions sommaires sur ce sujet dans les agendas ou annuaires qu'éditent chaque année les fabricants de plaques, pellicules ou papiers pour la photographie : *Agenda Lumière*, *Manuel de photographie* de Guilleminot, *Mémento As de trèfle* de Grieshaber.

(2) Les agendas en question donnent sous forme de tableau la correspondance en degrés H. D. de divers sensitomètres.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Cette précision ne peut s'obtenir qu'avec l'éclairage électrique et non avec la lumière produite par la combustion du magnésium, comme pour la photographie des intérieurs.

Je ne dois pas pourtant laisser ignorer au lecteur que même avec des émulsions provenant de maisons offrant les plus sérieuses garanties, on peut avoir des surprises au développement, soit qu'une mauvaise émulsion ait été par inadvertance mise en vente, soit que l'on fasse usage de plaques ou de papiers sortis depuis trop longtemps, le vieillissement ayant pour effet de diminuer la sensibilité des émulsions. D'où l'utilité, — on peut même dire la nécessité, — de vérifier chaque fois la sensibilité de ces surfaces immédiatement avant l'usage, si l'opérateur ne veut pas s'exposer à perdre son temps d'abord, son argent ensuite, soit pour certains papiers une centaine de francs environ (1).

Il sera donc urgent que l'atelier possède de l'eau courante et des cuves en quantité suffisante pour permettre à chaque travailleur de faire un tirage d'essai. Avant de terminer cet article, je dois encore signaler deux points de la question de l'éclairage artificiel, dont ma petite expérience personnelle m'a montré toute l'importance. C'est d'abord la nécessité de pouvoir doter l'atelier d'un compteur d'électricité d'un ampérage suffisant pour éviter les courts-circuits. En second lieu, on invitera les électriciens à placer les coupe-circuits à une hauteur telle qu'ils puissent être facilement accessibles et que l'on n'ait aucune peine à remplacer les plombs fusibles en cas de besoin.

Nous terminerons enfin par une dernière recommandation à l'usage des administrateurs des bibliothèques publiques. Ce serait de faire choix, autant que possible, d'un local situé soit au rez-de-chaussée, soit, mieux encore, au sous-sol, de manière que les vibrations déterminées par le passage de lourds véhicules sur la voie publique ne puissent exercer une influence fâcheuse sur les pieds des appareils et agir sur la netteté des clichés.

Nous verrons dans un prochain travail comment le travailleur intellectuel qui veut ou doit recourir à la photocopie, peut résoudre économiquement ce problème.

H. Gros.

(1) Les mêmes agendas indiquent l'équivalence de la rapidité de réaction à la lumière des différentes vitesses de degrés de sensibilité.

REVUE DES REVUES

Etude sur le traitement calcique des pleurésies séro-fibrineuses; (F. Willemin et J. Luciani (de Toul). Examens de laboratoire par M. R. Lévy, **Les Sciences médicales,** numéro du 10 mars 1932).

D'après les auteurs, cette étude serait le premier travail paru sur la calcithérapie de la pleurésie séro-fibrineuse. A ce titre déjà, il retient l'attention.

MM. Willemin et Luciani relatent sept observations, avec courbes thermiques, examens de laboratoire et radiographies, de malades traités par le gluconate de calcium, choisi de préférence au chlorure de calcium, en raison de ses avantages pratiques (injection endoveineuse ou intramusculaire sans inconvénient, bonne tolérance par l'estomac).

Les auteurs ont, en général, administré le médicament par voie endoveineuse, à raison d'une ampoule de 10 centimètres cubes de « Calcium-Sandoz » tous les deux jours.

Par voie gastrique, ils ont prescrit 3 cuillerées à café de gluconate de calcium granulé par jour.

Voici les résultats obtenus :

1° Pleurésies séro-fibrineuses à gros épanchement, rapidement menaçant. Après thoracentèse d'urgence, le traitement calcique amène un arrêt dans la reproduction du liquide, et il n'est plus nécessaire de ponctionner la plèvre. L'état général et fonctionnel s'améliore, la courbe thermique se régularise et se stabilise, l'excitation nerveuse générale disparaît, le sommeil est bon, puis la cavité pleurale s'assèche. Ce résultat s'obtient en trois à quatre semaines environ.

2° Pleurésies séro-fibrineuses à épanchement moyen. La thoracentèse est ici inutile. La calcithérapie, par ses propriétés anti-exsudatives, amène la diminution de l'épanchement et l'assèchement progressif des cavité pleurales. L'état général devient rapidement bon, la température se régularise autour de la normale, le poids corporel augmente, la convalescence s'installe plus tôt qu'à l'ordinaire.

Les auteurs ont constaté que la séro-floculation de Vernes s'est constamment rapprochée de la normale, au cours du traitement calcique, et ce fait montre, chez ces malades toujours plus ou moins imprégnés de bacillose, une amélioration très nette des réactions physiologiques de défense.

Dr Lantiez.

LA RESPONSABILITÉ DES DÉNIGREMENTS SYSTÉMATIQUES (*Fin*)

Attendu en droit que tout syndicat professionnel peut, en vertu de l'article 5 de la loi du 21 mars 1881, complétée par la loi du 12 mars 1920, demander réparation du préjudice direct ou indirect affectant les intérêts collectifs de la profession qu'il représente (Cass. civ. 28 mai 1930 : G. P., 1932, 158 ; Cass. crim. 1er mai 1931 : G. P., 1931, 2, 125).

Attendu en fait que la note incriminée employant l'expression « certains médecins » ne désigne pas nominativement ni d'une manière permettant de les reconnaître ceux auxquels elle impute les faits signalés ;

Qu'elle rend ainsi impossible toute action individuelle, mais que chacun des médecins de la Mayenne pouvant se croire visé, cet entrefilet en définitive laisse planer un soupçon sur l'ensemble du corps médical du département et est de nature à affecter les intérêts collectifs de la profession ;

Attendu que cela est confirmé par le fait que le Syndicat des pharmaciens a fait plaider qu'il avait dénoncé au président du Syndicat adverse un médecin pour un prétendu compérage.

Que par suite, en admettant, ce qui n'est même pas démontré, que ce fait unique soit exact, le syndicat défendeur, en visant dans la note incriminée « certains médecins », au pluriel, généralisait et imputait à plusieurs ce qui ne lui aurait été révélé que pour un seul.

Que l'action du syndicat demandeur tend bien à la défense non d'un seul de ses membres, mais de l'ensemble de la corporation, puisque chacun de ses membres pouvait se croire visé, qu'aucune distinction n'était faite entre les syndiqués ou non.

Attendu de plus que cette note vise bien l'ensemble des médecins, puisqu'elle indique que chaque fois que l'un d'eux conseille le choix d'un pharmacien, il n'agit que dans le but de toucher une ristourne.

Que tous sont atteints, car il ne saurait être douteux que tout médecin a le droit, dont il use, ou peut user, de conseiller, dans l'intérêt exclusif du malade et d'une manière désintéressée, le choix d'un pharmacien, tout au moins dans certains cas dont il est le seul juge à raison de la confiance particulière qu'il peut avoir dans ce pharmacien et

28-1 *

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

de l'importance au point de vue d'un traitement d'une analyse ou d'une ordonnance à effectuer :

Qu'ainsi par cette confusion voulue entre tous les cas, celle-ci est de nature à jeter le discrédit sur l'exercice de la profession de médecin et qu'à ce point de vue l'action est encore recevable.

Attendu au fond que l'entrefilet publié dans *le Courrier du Maine* est constitutif d'une faute dans les conditions de l'article 1382 du Code civil ;

Attendu en effet que le Syndicat des pharmaciens a généralisé d'une façon arbitraire et a attribué à plusieurs médecins, laissant porter le soupçon sur presque tous, des faits de compérage, alors que, de son propre aveu, il n'était saisi que d'un unique cas, non prouvé d'ailleurs ;

Que cette généralisation est à elle seule une faute.

Attendu de plus qu'il ne se contente pas de dire que toute désignation d'un pharmacien par un médecin en vue de toucher une ristourne est un acte répréhensible défendu et puni par la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales, mais qu'il généralise encore et plus fortement en faisant connaître au public que chaque fois qu'un médecin retient une analyse ou désigne un pharmacien, il n'agit que dans un seul but, toucher une ristourne ;

Que c'est là une affirmation osée et inexacte constitutive d'une faute, car il est bien placé pour savoir que dans presque tous les cas où un médecin agit ainsi, c'est d'une manière désintéressée, dans l'intérêt exclusif du malade et non par compérage.

Attendu encore qu'il laisse croire que la pratique de conseiller un pharmacien constitue toujours un délit puni par la loi du 30 avril 1930, alors que ce texte ne vise que la matière des assurances sociales et lorsque ce conseil a lieu à l'aide de menaces, abus d'autorité ou pour toucher une ristourne ;

Qu'il a ainsi voulu créer une confusion entre le cas où ce conseil est désintéressé et celui où il procède d'un esprit de lucre ou de méchanceté.

Attendu que le Syndicat des pharmaciens n'a pas agi comme il le prétend dans un dessein de moralité publique, mais dans son propre intérêt, ce qui était légitime, mais avec légèreté et imprudence dans la rédaction de cette note, lesquelles sont constitutives d'une faute.

Attendu qu'aux termes de l'article 1382 du

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Code civil, il faut de plus que cette faute ait occasionné un dommage ;

Qu'il est certain que la note incriminée a causé un préjudice matériel et moral au corps médical.

Attendu que ce préjudice moral résulte du discrédit qu'elle a jeté sur la corporation des médecins en les représentant comme agissant dans tous les cas en vertu d'un mobile de lucre, tandis que ce n'est qu'une très rare exception.

Attendu que le préjudice matériel consiste dans les faux frais et frais occasionnés au syndicat, lesquels ne sont pas tous réparés par l'allocation des dépens.

Attendu toutefois que la somme de 5 000 francs réclamée est exagérée et qu'il y a lieu de la réduire dans de notables proportions.

Attendu qu'il y a lieu d'autoriser le syndicat demandeur à faire publier le présent jugement dans trois journaux du département à son choix, à titre également de réparation, et ce aux frais du Syndicat des pharmaciens, sans que le coût de chaque insertion à la charge de ce dernier syndicat puisse dépasser le coût de l'insertion faite au tarif des annonces légales et judiciaires.

Attendu que les dépens sont à la charge de la partie qui succombe.

Par ces motifs :

Après en avoir délibéré conformément à la loi,

Déclare recevable et fondée l'action du Syndicat des médecins de la Mayenne contre le Syndicat des pharmaciens de la Mayenne.

En conséquence :

Condamne ce dernier à payer sans délai au premier la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice subi.

Autorise le Syndicat des médecins de la Mayenne à faire insérer le présent jugement dans trois journaux du département, à son choix, aux frais du Syndicat des pharmaciens, à titre de supplément de réparation, et sans que le coût de chaque insertion à la charge de celui-ci puisse dépasser le coût de l'insertion qui sera faite au tarif des annonces légales et judiciaires.

Condamne le Syndicat des pharmaciens de la Mayenne en tous les dépens, lesquels comprendront encore, à titre de supplément de dommages, tous droits, amendes de timbres et d'enregistrement qui seraient perçus sur toutes pièces produites au procès.

Ordonne la distraction des dépens au profit de maître Guérin, avoué, sur son affirmation qu'il en a fait l'avance pour sa partie.

Suivent les signatures.

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1932.

Notice. — M. HARTMANN lit une notice nécrologique sur M. W. W. Keen, l'illustre chirurgien de Philadelphie. M. Keen était associé étranger depuis 1921.

Discussion. — Le rapport de M. TIFFENEAU sur l'Herboristerie médicinale est adopté après discussion.

Appareil respiratoire. — M. PORTIER présente, au nom de M. Louis Chéron, un appareil à respiration qui présente comme caractéristique de réaliser l'expiration d'une façon mécanique nouvelle.

La morphine chez l'enfant. — M. ARMAND-DELILLE lit une note sur l'emploi de la morphine chez l'enfant, particulièrement avant l'anesthésie chirurgicale.

Le traitement des tumeurs par le venin des abeilles. — MM. YOANNOVITCH et CHABOVITCH. Sous l'influence du venin d'abeilles, qui provoque des phénomènes inflammatoires, il se produit une diminution de la grosseur de la tumeur et l'arrêt de sa croissance.

Après la cessation des injections du venin, les tumeurs ne disparaissent pas et continuent leur accroissement.

Ces expériences, faites sur les animaux, prouvent que les phénomènes inflammatoires ne suffisent pas pour déterminer la disparition complète des tumeurs. C'est pourquoi les auteurs sont en train de combiner les phénomènes inflammatoires produits par le venin des abeilles avec des injections de produits de digestion de tumeurs, dans le but de traiter les tumeurs malignes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1932.

A propos des péritonites encapsulantes. — MM. ROUHIER et LECŒUR communiquent une nouvelle observation. Les anses grêles étaient recouvertes d'un enduit blanc bleuté, porcelainé, dont on put partiellement les libérer. Guérison. Les auteurs pensent pouvoir rejeter la nature tuberculeuse.

Hématome extraduremérien. — M. MONDOR en rapporte une observation chez l'enfant, adressée par M. CLERMONT.

Ostéopathie hypertrophiante. — M. SORREL rapporte cette observation due à M. BOURET (d'Angoulême) concernant une hypertrophie localisée du fémur.

Ulcère calleux hémorragique. — M. J.-CH. BLOCH rapporte une observation de M. Senèque. Etat général très grave à la suite d'hémorragies profuses traitées médicalement. Exclusion par section et gastro-jéjunostomie type Polya. Amélioration, puis au cinquième jour reprise de l'hémorragie. Pylorectomie dans un second temps. Guérison.

Imperforation anale. — M. MARTIN rapporte deux observations de M. MASINI. Dans un premier cas, une incision périnéale n'ayant pas permis de trouver l'ampoule, il pratique un anus iliaque gauche et son petit malade meurt ; dans un second cas il repère le bas-fond colique par la radio et réussit avec succès un abaissement.

Kyste du mésentère. — M. PROUST rapporte une observation de M. LÉONTE (de Bucarest). Ablation suivie de guérison malgré une éraillure de la paroi intestinale.

Fracture transcotyloïdienne du bassin. — M. GRIMAULT (d'Algrauge) apporte deux cas de guérison par traction directe sur le grand trochanter.

Ostéoarthropathie à distance chez certains fracturés du col du fémur. — MM. ROUHIER et LECŒUR en communiquent quelques observations.

M. LEVEUF montre qu'il existe de façon constante quelques troubles au niveau du genou et du pied.

M. SCHWARTZ croit qu'il s'agit de lésions banales dues à la longue immobilisation.

M. MOULONGUET estime que ces lésions peuvent ne pas toujours avoir la même pathogénie.

Fistules biliaires de la voie principale. — M. BRÉCHOT a guéri son malade par anastomose fistulo-gastrique, mais a observé des poussées ultérieures d'angiocholite.

A propos des narcotiques barbituriques. — M. DESPLAS a obtenu de bons résultats par l'association du sonéryl à l'éther.

M. FREDET estime que le numal doit être aussi actif et aussi peu toxique.

A M. BRÉCHOT qui demande si les vomissements sont supprimés, M. FREDET répond affirmativement.

Sclérodermie et maladie de Raynaud. — M. MATHIEU présente une malade qui présentait une calcémie sensiblement normale. Parathyroïdectomie. Grosse amélioration.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juin 1932.

Action de la mannite sur certains bacilles paratuberculeux (B. phlei, B. Mist Mœller, B. Rabinovitch, B. smegma). — M. PAUL HAUDUROY, a étudié l'action des hydrates de carbone sur la culture de certains bacilles paratuberculeux. Les sucres en C^6 et en C^{12} n'ont aucune action. La mannite au contraire, ajoutée aux milieux dans la proportion de 10 p. 100 à 15 p. 100, a une action considérable : elle décuple au moins la récolte de microbes qu'on peut faire. Pour certains bacilles paratuberculeux (*B. smegma, B. phlei*), elle favorise l'apparition d'un pigment. La glycérine n'a aucune action sur la culture des bacilles paratuberculeux.

Sur l'examen bactériologique des crachats de quelques enfants présentant une intradermo-réaction dissociée au filtrat tuberculeux et à la tuberculine. — MM. G. PAISSEAU, J. VALTIS et F. VAN DEINSE, au cours des expériences qu'ils ont entreprises sur la sensibilité dermique du jeune enfant à la tuberculine et au filtrat de voiles jeunes de bacille de Koch, ont observé que certains enfants présentaient une sensibilité marquée vis-à-vis des filtrats, alors que l'intradermo-réaction à la tuberculine même à des concentrations élevées (un dixième de centimètre cube de la solution de tuberculine à 1 p. 100 et un dixième de centimètre cube de la solution de la tuberculine à 1 p. 10) restait négative.

Sans vouloir donner pour le moment aucune interprétation, ils attirent simplement l'attention sur les faits suivants constatés chez trois enfants qui réagissaient uniquement au filtrat tuberculeux, ainsi que chez un enfant dont l'intradermo-réaction était plus forte au filtrat qu'à la tuberculine concentrée :

1° L'ensemencement des crachats de deux de ce

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

enfants sur milieu Löwenstein a donné un bacille acido-résistant se développant en culture microscopique non repiquable et non tuberculigène.

2° Dans les deux autres cas, l'inoculation de l'expectoration du cobaye a provoqué chez cet animal une infection analogue à celle qu'on obtient par l'inoculation de l'ultravirus tuberculeux.

Modifications de la propriété acido-résistante des bacilles tuberculeux en cultures desséchées et en milieux neufs. — MM. Henri Durand et I. Gaspar signalent que des cultures sur pommes de terre desséchées à l'étuve ont montré la présence, à côté de bacilles de type connu, de granulations acido-résistantes isolées, groupées en diplocoques, ou en chapelets de nombres variables (celles-ci souvent disposées sur un corps bacillaire transparent non coloré) ; des éléments cyanophiles, granulations et bacilles granuleux ; et enfin des formes intermédiaires constituées par des bacilles faiblement acido-résistants, portant des granulations cyanophiles. D'autres éléments colorés au Fontés-Ziehl sont constitués par des amas de bacilles faiblement colorés, souvent très longs, et porteurs de granulations gramophiles avec quelques éléments granuleux ou bacillaires acido-résistants.

Ces éléments reportés sur milieux frais, Dorset et Löwenstein, voient reparaître après vingt et un jours leur affinité acido-résistante et on ne voit plus que des éléments de ce genre en l'absence de toute forme cyanophile.

Nouveaux essais sur la production de toxine et d'anatoxine diphtériques de valeur antigène intrinsèque élevée. — MM. G. Ramon et A. Berthelot rappellent que la valeur des toxines produites dans les milieux de culture utilisés jusqu'à ces dernières années (bouillon fermenté) était en général de 5 à 10 unités antigènes, atteignant rarement 12 unités. On obtient maintenant des toxines titrant couramment 15 à 20 unités en employant un bouillon non fermenté et glucosé. En ajoutant à ce dernier un peu d'acétate de soude comme « régulateur de réaction », selon la technique décrite, on peut obtenir des toxines dont la valeur est comprise entre 20 et 30 unités.

Ces augmentations successives de la valeur intrinsèque de la toxine et partant de l'anatoxine ont déjà permis, et permettront encore par la suite, d'améliorer les conditions de l'immunisation active contre la diphtérie : accroissement progressif du pourcentage des sujets vaccinés et de la résistance de chacun de ceux-ci vis-à-vis de l'infection, réduction de trois à deux des injections vaccinales par l'emploi de l'anatoxine de valeur antigène intrinsèque de plus en plus élevée (c'est-à-dire de l'anatoxine naturellement riche en unités et floculant rapidement).

La cuti-vaccination antidiphtérique chez le lapin au moyen d'une pommade à l'anatoxine. — M. P. Nelis a constaté que l'immunisation du lapin par frictions cutanées au moyen d'une pommade renfermant de l'anatoxine, même de titre élevé, est irrégulière, et dans l'ensemble très faible, malgré le nombre des frictions et la quantité totale d'anatoxine utilisée. Au contraire, l'injection sous-cutanée chez le lapin d'une quantité beaucoup plus faible d'anatoxine donne une immunité plus rapide, plus considérable et plus durable ; ce procédé surpasse donc de loin celui à la pommade de Löwenstein et reste le procédé de choix.

Élection. — M. Ch. Oberling est élu membre titulaire de la Société de biologie.

E.-P. Merklen.

Séance du 25 juin 1932.

Action de quelques glycérophosphates sur l'évolution du rachitisme expérimental du rat. — MM. R. Lecoq et F. Villuis, ayant expérimenté l'action des glycérophosphates de sodium, de calcium et de magnésium, constatent l'identité d'activité des isomères α et β. Mais tandis que les glycérophosphates de sodium ont une efficacité comparable à celle du phosphate disodique, les glycérophosphates de calcium ont, pour une même dose de phosphore mise en œuvre, une activité beaucoup plus grande que celle du phosphate bicalcique. La chaîne glycérique fixée sur l'ion phosphate exerce, dans ce cas, une action favorisante nette sur l'activité antirachitique propre du phosphore.

Les centres moteurs corticaux des cordes vocales. Étude chronaximétrique. — M. et Mme A. Chauchard et P. Dumont ont recherché sur l'écorce cérébrale du chien les points moteurs de l'adduction et de l'abduction des cordes vocales. En arrière du premier (centre de Krause), situé à la partie antéro-externe du gyrus précrucial, ils ont trouvé un point dont l'excitation provoque l'abduction des cordes. Le centre de l'adduction a une chronaxie de un dix-millième et demi à deux dix-millièmes de seconde, celui de l'abduction de trois dix-millièmes. Le rapport de ces chronaxies, de 1 à 2 environ, est conforme à la règle générale des antagonistes chez les animaux qui n'ont pas été soumis à l'action des anesthésiques.

Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-opératoire. — MM. J.-P. Lamare, F. Darnis, et R. Lecoq ont constaté que l'intervention chirurgicale est suivie de façon presque constante d'une hyperglycémie, traduisant un trouble important du métabolisme des glucides. De l'examen systématique des modifications de la glycémie sur plus de 113 malades, ils tirent les conclusions suivantes : Il existe une relation étroite entre l'intensité des manifestations cliniques du shock opératoire et l'augmentation de la glycémie. L'anesthésie générale est plus hyperglycémiante que l'anesthésie locale. La glycémie apparaît d'autant plus élevée qu'elle était originale ment plus basse et que la durée de l'opération est plus longue. Une infection aiguë entraîne une hyperglycémie plus forte qu'une infection chronique. Il semble que l'hyperglycémie soit due à un trouble du sympathique, et les auteurs pensent qu'il y aurait avantage à combattre son apparition par une injection préventive d'insuline.

L'action de la phlorizine sur le cœur du lapin. — MM. Costedoat, Debucquet et Aujaleu ont vu que, même sans jeûne préalable, la phlorizine abaisse d'une manière considérable le taux du glycogène du myocarde du lapin. Parallèlement, le glycogène musculaire s'effondre, mais le glycogène hépatique et la glycémie ne varient ni avec la même intensité, ni parfois dans le même sens, pour l'action de ce produit.

Chez aucun des trois lapins utilisés, la forme de l'électrocardiogramme ne fut altérée, bien que les taux du glycogène cardiaque fussent infimes.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Action de l'hypoglycémie sur l'électrocardiogramme du lapin. — MM. Costedoat et Aujaleu, pour préciser certains faits cliniques qu'ils avaient observés, ont recherché si l'hypoglycémie était capable de modifier la forme de l'électrocardiogramme du lapin. Ils ont employé chez leurs 11 lapins tantôt l'insuline à dose élevée (50 à 100 unités), tantôt la phloriziue, tantôt le jeûne combiné à des injections d'adrénaline et dans certains cas à de l'insuline.

Seule, l'hypoglycémie provoquée par l'insuline s'est accompagnée de modifications électrocardiographiques (aplatissement ou au contraire exagération de l'onde T' ralentissement total du cœur).

Action de l'éphédrine gauche sur les chronaxies du cœur de la grenouille. — MM. A. Von Bogaert et C. Veil ont constaté que l'éphédrine gauche augmente la chronaxie longitudinale (myocardique) et transversale (gaskellienne) du cœur de la grenouille. Son affinité pour le tissu unitif du cœur semble évidente, étant donnée l'action plus rapide et à des concentrations plus faibles de cet alcaloïde sur la chronaxie du faisceau de Gaskell que sur celle du myocarde. L'augmentation de la chronaxie est transitoire avec les solutions diluées ; le faisceau de Gaskell semble récupérer le dernier ses caractéristiques d'excitabilité. Ainsi se retrouve dans les différents constituants du cœur ce que ces auteurs avaient déjà observé pour l'action de l'éphédrine sur le muscle rapide et sur le muscle lent, à savoir l'affinité de cet alcaloïde proportionnelle au taux de la chronaxie tissulaire.

Action des substances ciro-graisseuses du bacille de Koch sur les jeunes cobayes nés de mères tuberculeuses. — MM. L. Nègre, J. Valtis et F. Van Deinse montrent que les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch, pratiquées deux fois par semaine pendant deux à trois mois après la naissance, chez de jeunes cobayes nés de mères tuberculeuses, peuvent faire apparaître chez ces animaux des lésions ganglionnaires et des abcès contenant des bacilles de Koch. Ce n'est qu'à partir de leur troisième passage par le cobaye que ceux-ci deviennent facilement cultivables et qu'ils commencent à donner des lésions se généralisant aux organes. Les cobayes nés de mères tuberculeuses, non traités, et les cobayes sains qui avaient reçu les mêmes injections d'extraits acétoniques de bacilles de Koch étant restés indemnes, l'apparition des lésions constatées paraît bien due à l'influence activante que les substances ciro-graisseuses du bacille de Koch exercent sur les éléments filtrables à travers le placenta.

Mise en évidence « in vivo » du virus tuberculeux par les substances ciro-graisseuses du bacille de Koch. — M. J. Beerens montre que, par la méthode d'injections répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch aux cobayes inoculés avec des produits (sang, liquide pleurétique) provenant de malades tuberculeux, ou avec des filtrats de ces produits, il est possible de provoquer l'apparition de lésions contenant des bacilles tuberculeux caractéristiques, alors que l'ensemencement de ces mêmes produits sur un milieu sensible tel que celui de Löwenstein, et que leur inoculation seule restent négatifs.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 19 mai 1932.

Des névraxites de nature indéterminée avec atteinte prédominante des neurones périphériques rappelant les polynévrites. — MM. J.-A. Chavany et F. Thiébaut présentent un malade de vingt-trois ans, qui, peu de temps après un accès de paludisme, vit, en deux mois, s'installer une quadriplégie flasque ; cette paralysie régressa presque entièrement en quatre mois. A propos de ce cas et de quatre autres semblables, les auteurs discutent le rôle du paludisme et des vaccinations (typhoïdiques, staphylococciques et gonococciques) dans la genèse de ces névraxites à germes inconnus.

A propos des myoclonies oculo-vélo-laryngées. — MM. E. Krebs, P. Puech et J. Lemoine ont constaté la suspension des myoclonies des yeux pendant le sommeil, chez un de leurs malades, et ils discutent la place nosologique de ces oscillations des globes oculaires, qui se rapprocheraient plutôt des bradycinésies que des myoclonies.

Sur l'ablation des tumeurs du cerveau par l'électro-coagulation unipolaire. — MM. Clovis Vincent, Marcel David et Pierre Puech utilisent en neuro-chirurgie, depuis le mois d'octobre 1931, l'électro-coagulation unipolaire avec la machine de Bovis.

Depuis le 16 octobre, ils ont opéré plus de cent tumeurs du cerveau. Les ennuis qu'ils ont eus, très rares d'ailleurs, ne leur semblent pas imputables à l'appareil, mais à leur manque d'expérience.

La mortalité est de 18 pour 100. En défalquant les récidives, les malades qui ne profitent pas de l'opération parce que opérés trop tard, ils ont actuellement cinquante-cinq malades opérés cette année, qui sont sur pieds. Ils en présentent dix-sept, qui se trouvent tous dans un état fonctionnel satisfaisant.

Hérédo-ataxie cérébelleuse à type de paraplégie spasmodique. — MM. Ch. Achard, I. Bechaud et A. Escalier ont observé une malade qui présentait une paraplégie spasmodique, un syndrome parkinsonien, et un léger syndrome psychique. L'examen anatomo-pathologique a révélé des lésions d'hérédo-ataxie avec altération importante des voies spino-cérébelleuses, et très légère atteinte pyramidale. L'étude de la famille a montré, dans la branche maternelle, en trois générations, l'existence de sept sujets atteints de tares nerveuses. Dans certains de ces cas, l'affection était exactement superposable à celle de la malade, et débutait vers la trentaine.

Adiposité cérébrale pileuse. — M. W. Kraus présente les photographies des cas qui lui ont permis de décrire, sous ce nom, une adiposité qui affecte le tronc et la racine des membres, et qui s'accompagne d'un développement exagéré du système pileux. Ce syndrome serait en rapport, non avec une lésion hypophysaire, mais avec une altération hypothalamique.

Syndrome adiposo-pilo-génital par lésion mésodiencéphalique d'origine syphilitique. — MM. J. Lhermitte et Bijon présentent un cas qui semble s'apparenter aux faits que vient de décrire M. W. Kraus.

C'est une jeune fille, chez laquelle s'établit progressivement le syndrome suivant : crises fréquentes de cata-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

plexie, adiposité excessive, aménorrhée, pilosité très développée de la face. L'intégrité parfaite de la base du crâne ne permet pas d'incriminer une lésion primitive de l'hypophyse, et, d'autre part, l'existence d'un syndrome de Parinaud avec diplopie paradoxale permet d'affirmer le siège mésodiencéphalique de la lésion causale. Enfin, cette malade présentant un tabes confirmé, on est en droit de penser que la syphilis héréditaire est en cause. C'est donc là un nouvel exemple d'une localisation de la spécificité héréditaire sur la région infundibulo-tubérienne et sur la calotte mésodiencéphalique, qui la prolonge en arrière, et dans laquelle siègent justement les centres principaux du système végétatif.

Nouvelle contribution à l'étude des myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. — MM. G. Guillain et P. Mollaret reprennent l'étude d'ensemble des différents problèmes soulevés par ce syndrome myoclonique. Ils présentent un malade atteint d'une lésion du tronc cérébral, suivi depuis deux ans, et chez lequel ils ont pu déceler l'existence d'un syndrome myoclonique grâce à certains caractères des secousses oculaires.

Une conception plus large de ce syndrome leur paraît résulter de l'étude du territoire de ces myoclonies et de celle de leur rythme. Les lésions vasculaires, tout en demeurant les plus fréquentes, ne résument pas toute l'étiologie, et d'autres causes méritent d'être recherchées, spécialement chez les sujets jeunes.

Les névralgies apoplectiformes. — MM. O. Crouzon et J. Lhermitte rapportent cinq observations d'un syndrome névralgique qui frappe particulièrement la sphère du nerf sciatique, et dont les caractères sont très particuliers. Après une période de douleurs vagues ou de lumbago, ou de crampes musculaires, survient une douleur particulièrement vive, quelquefois excruciante, « épouvantable », au dire des malades, qui s'étend et irradie depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'extrémité du membre. Cette douleur paroxystique est bientôt remplacée par un engourdissement, auquel succède la parésie ou la paralysie du nerf atteint. Puis la névralgie s'installe avec douleurs paroxystiques. Le réflexe achilléen, s'il s'agit de sciatique, est souvent aboli, de même que le réflexe patellaire, au cas où la névralgie siège sur l'origine du nerf crural.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont discrets.

Ces névralgies à début brusque s'améliorent régulièrement, en général, et la guérison survient au plus tard au bout de quelques mois.

Les auteurs discutent l'origine et la nature de ces névralgies à début apoplectiforme. Après avoir rejeté les diverses hypothèses d'élongation, d'arrachement, d'attrition du nerf, les auteurs démontrent que la seule hypothèse plausible est celle d'une hémorragie artériolaire ou veineuse dans la gaine du nerf. Ce foyer hémorragique qui irrite au début, est responsable de la douleur paroxystique puis de l'engourdissement et de la paralysie par l'inhibition des fibres que produit l'épanchement intrafasciculaire. Il est à remarquer que la cause immédiate de ce syndrome tient, généralement, dans un mouvement ou dans un effort exécuté par le membre atteint. La cause de cette hémorragie nous échappe, car aucun des malades observés n'était ni artérioscléreux ni variqueux.

MM. Garcin et Haguenau ont vu la névralgie apoplectiforme se manifester chez des hémophiles ou chez des hémogéniques.

J. Mouzon.

REVUE DES CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris 23, 24, 25 *mars* 1932.

Président : M. Raviart (de Lille)

La psychanalyse en médecine légale.

Rapporteur : M. Genil-Perrin (de Paris).

Le rapporteur examine la question de façon purement historique, mais prend dès le début nettement position *contre* l'immixtion de la psychanalyse dans la médecine légale.

La psychanalyse et la médecine légale prennent contact sur le terrain de la *criminologie* et sur celui de la *déontologie*.

D'une part la psychanalyse prétend apporter des méthodes et des solutions nouvelles dans l'étude du criminel et dans la lutte contre le crime ; d'autre part sa pratique soulève des problèmes spéciaux de responsabilité médicale et d'exercice illégal de la médecine.

I. Psychanalyse et criminologie. — **A. le crime et le criminel.** — La psychanalyse propose tout d'abord une classification générale des crimes et des criminels, puis elle se désintéresse d'un certain nombre de catégories qu'elle a distinguées et ne s'attache guère qu'à l'étude de l'une d'elles, la *criminalité névrotique*.

Ressuscitant l'attitude religieuse qui punit même la « mauvaise pensée », la psychanalyse distingue d'abord a *criminalité imaginative* et la *criminalité effective*.

A la criminalité imaginative appartiennent certains symptômes morbides, certains rêves, dont l'analyse révèle le sens criminel déguisé, symbolique, qui constituent des soupapes pour l'écoulement inoffensif des tendances criminelles.

La criminalité effective commence à apparaître à titre occasionnel dans le domaine des « actes manqués » à la faveur d'une défaillance morale passagère, une tendance inconsciente passe à l'acte, à un acte qui peut avoir une valeur criminelle : c'est l'ordre des *délits par imprudence*. Si la justice punit ces actes, c'est qu'elle a compris leur intention inconsciente et qu'elle veut châtier celle-ci.

La criminalité peut aussi être habituelle, et alors les sujets sont répartis par les psychanalystes en trois groupes :

a. Les *criminels à base organique* : ceux dont la personnalité est atteinte par des troubles du développement somatique, d'ordre héréditaire, congénital ou acquis (idiot, paralytique général, etc.) ; ils relèvent de la psychiatrie, et la psychanalyse s'en désintéresse.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

b. Les *criminels « normaux »* : ce sont des individus dont la structure mentale est celle de l'homme normal, mais qui se sont identifiés avec des modèles criminels (étiologie sociologique) ; le criminel « normal » a un *sur-moi* criminel qui autorise une identification complète du *moi* au *ça* ; il se conduit socialement par rapport à la collectivité criminelle dont il fait partie : il est *psychiquement sain*, mais *socialement* anormal.

c. Les criminels névrotiques : ils s'opposent aux criminels « normaux » par l'étiologie *psychologique*, et non plus sociologique, de leur criminalité, qui relève de causes psychiques ayant agi dans la première enfance ; il y a chez eux conflit du *sur-moi* et du *ça* entre lesquels flotte le moi. Le processus criminel prend alors la forme de l'*obsession* (kleptomanie, pyromanie, etc.) ou bien participe des mécanismes d'*auto-punition*.

Névrose et criminalité sont deux phénomènes voisins réalisant le même processus en deux phases :

1° Une satisfaction, contraire aux exigences de la société et du sur-moi ;

2° Une punition, représentant la réaction de la société ou du sur-moi.

Les symptômes névrotiques sont l'aboutissant de mécanismes mentaux inconscients qui traduisent tantôt une satisfaction illicite des instincts, tantôt une automutilation autopunitive, et ce matériel inconscient refoulé se compose essentiellement des tendances sexuelles infantiles et des tendances agressives contre les membres de la famille : ce sont là les éléments du *complexe d'Œdipe* où l'on trouve la forme originelle du *crime* sous les espèces de l'inceste et du parricide, comme la forme originelle de la *peine*, sous les espèces de la castration (1).

Le sur-moi s'oppose à l'extériorisation de ces tendances criminelles : c'est l'instance morale, que l'adulte redoute. Mais, pour donner le change à son sur-moi, l'homme déguise parfois son désir illicite sous le masque d'un symptôme névrotique ; mais, ce faisant, il n'est pas tranquille, il éprouve une angoisse morale qui se traduit par un *besoin de punition* ; et, si la punition survient, l'angoisse tombe, parce que la faute a été rachetée.

Le moi névrotique ressent donc la punition comme une justification morale et comme une autorisation de s'abandonner à de nouvelles satisfactions interdites.

Transportons ce scénario intime dans la société, remplaçons-y le sur-moi par la justice sociale, et nous aurons le mécanisme du crime, identique à celui de la névrose : le criminel et la justice collaborent pour réaliser ce que le névrotique réalise seul par ses symptômes : la succession du crime et de l'expiation.

Le criminel névrotique trouvera donc dans la peine la neutralisation de ses inhibitions morales, la justification de son attitude blâmable : *donc la peine, au lieu de s'opposer à la récidive, la favorise.*

Le criminel agira, pour attirer sur lui le châtiment, pour pouvoir dire à l'autorité, comme le névrotique à son sur-moi : « En me frappant, tu m'as donné le droit d'agir dorénavant sans me soucier de tes prescriptions morales. »

Le criminel névrotique est donc avant tout un criminel par *sentiment de culpabilité*. Il commet le crime parce que le crime est défendu et qu'il trouve un soulagement moral à le commettre. Il se fait punir pour un acte qu'il juge anodin afin de recevoir en réalité la punition que méritent ses désirs coupables, et par là apaiser son sentiment de faute. La voie du crime est pour lui le chemin de l'ascension morale. *Le criminel névrotique est un être hypermoral.*

C'est donc un malade psychonévrotique, qui peut être traité et guéri. Il est paradoxalement malade par suite d'une santé excessive de ses instincts primitifs, qui offusquent son sur-moi et la société.

Les psychanalystes font une place à part aux *pervers sexuels*, chez qui il s'agit d'une régression de la sexualité à un stade infantile.

B. **La réaction sociale.** — Les psychanalystes réprouvent les conceptions pénales actuelles, aussi bien celles de l'école classique que celles des écoles nouvelles.

Ils reprochent à la procédure criminelle de ne pas tenir compte des mobiles inconscients du crime, qui sont les plus importants, d'obliger le criminel à *rationaliser* son attitude, ce qui peut fausser l'administration de la preuve.

Ils rejettent la notion de responsabilité pour la remplacer par le concept du *degré et du mode de participation du moi à l'action.*

Ils considèrent l'expertise psychiatrique comme inopérante, le médecin-expert n'étant bon qu'à rechercher chez le criminel l'existence de quelque maladie mentale grave, mais restant incapable de pénétrer les processus psychiques inconscients qui ont déterminé le crime.

Ils condamnent les systèmes actuels de répression, car la peine est contraire à son but, puisque, en satisfaisant le désir d'autopunition, elle encourage à la récidive.

Quel est donc le remède ?

La pyschanalyse elle-même.

La psychanalyse doit prendre en main le procès pénal, le traitement du criminel, et la prophylaxie sociale de la criminalité.

A l'instruction, la psychanalyse doit intervenir dans l'administration de la preuve, critiquer les aveux, le témoignage, les preuves matérielles et littérales.

A l'audience, la psychanalyse approfondira les mobiles véritables, inconscients, du crime.

C'est dire que les magistrats eux-mêmes doivent mettre en œuvre la psychanalyse, sans laisser ce soin à des experts. Tout le procès doit être conduit *analytiquement.*

La psychanalyse ne cherche pas à prendre place dans la médecine légale ; elle ne cherche même pas à prendre la place de la médecine légale. Ses visées sont plus hautes : elle veut prendre place dans le droit pénal, et même prendre la place du droit pénal.

Une fois le criminel jugé, une fois fait « le diagnostic » psychanalytique du crime, comment le traitera-t-on ?

Le criminel occasionnel sera simplement contraint à la réparation civile.

Le criminel organique sera abandonné aux médecins en vue d'une thérapeutique banale.

Le criminel névrotique sera soumi à l'*analyse thérapeutique* : celle-ci découvrira le sentiment de culpabilité inconscient, et le passage à la conscience de ce sentiment

(1) Quand Œdipe s'arrache les yeux, il se châtre symboliquement.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

de culpabilité aura une valeur curatrice, l'empêchera de s'extérioriser à l'avenir en actes sociaux ; de plus cette tendance sera sublimée et orientée vers l'inhibition d'autres tendances plus nuisibles.

Quant au criminel « normal », il relèvera surtout de la pédagogie servie par la psychanalyse, qui s'opposera au développement d'un sur-moi criminel chez les jeunes.

II. **Psychanalyse et déontologie.** — A. **Les dangers de la psychanalyse et la responsabilité des psychanalystes.** — Tout le monde reconnaît que la cure psychanalytique peut présenter des dangers : les profanes estiment ces dangers inhérents à la méthode, les psychanalystes à la mauvaise application de celle-ci.

Ces dangers sont ceux de toutes les thérapeutiques psychologiques, qui peuvent être aussi dangereuses pour l'esprit qu'un plâtre mal appliqué en orthopédie.

La responsabilité des psychanalystes peut donc être engagée comme pour tous les autres médecins :

a. Au criminel (secret professionnel, délits d'imprudence, escroquerie, outrages aux bonnes mœurs);

b. Au civil (réparation de dommages de tout ordre)

B. **Psychanalyse et exercice de la médecine.** — Une très grosse question professionnelle est posée par les prétentions de ceux qu'on appelle les « analystes laïcs », qui, se recommandant de Freud lui-même, s'arrogent le droit de traiter des malades sans être pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les analystes laïcs prétendent qu'ils n'ont pas à s'inquiéter des lois sur l'exercice de la médecine, étant donné qu'ils n'emploient ni médicaments ni instruments, que la psychanalyse n'est pas une science médicale proprement dite, mais que ses applications s'étendent à l'éducation, à l'orientation professionnelle, à l'histoire, à la critique d'art, etc..., et que les médecin ne sauraient mettre l'embargo sur tous ces domaines

On peut à cela répondre que, si la psychanalyse n'est pas une science « incluse » dans la médecine, son emplo *thérapeutique* doit être réservé aux médecins. La physique et la chimie ne sont pas non plus « incluses » dans la médecine, et les médecins ne revendiquent pas tous les emplois dans les centrales électriques ou les fabriques de colorants, mais seuls les médecins ont le droit d'utiliser les agents physiques et chimiques au traitement des maladies.

De même, on concède qu'il n'y ait pas besoin d'être médecin pour appliquer la psychanalyse à la critique d'art ou à la littérature, pour interpréter un tableau de Greuze ou un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Mais il faut être médecin pour traiter par la psychanalyse une maladie nerveuse et surtout pour en faire le diagnostic préalable.

La situation de la psychanalyse est, à ce point de vue tout à fait comparable à celle de l'hypnotisme, et on peu, lui appliquer toutes les remarques faites à propos de ce dernier, en particulier au XIIIe Congrès international de médecine (1900) où fut votée, sur un rapport de Dupré et Rocher, une résolution demandant que « dans tous les pays la législation soit amendée ou étendue, de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine (par les hypnotiseurs non médecins), *sous quelque forme et à quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapiques* ».

Comme aux hypnotiseurs, trois ordres de délits peuvent donc être reprochés aux analystes laïcs :

a. Forcément : le délit d'exercice illégal de la médecine.

b. Éventuellement :

1° Délit d'escroquerie ;

2° Délit d'imprudence.

Et en outre, les analystes laïcs s'exposent aux rigueurs des articles 479, 480 et 481 du Code pénal, qui punissent la *contravention d'interprétation des songes*, par une amende de 11 à 15 francs, un emprisonnement de un à cinq jours, et la saisie et confiscation de leurs « instruments, ustensiles et costumes ».

Ce vestige des vieilles législations de répression de la magie et de la sorcellerie peut à bon droit être évoqué devant la vague psychanalytique actuelle.

La question de l'exercice illégal n'est d'ailleurs pas la seule question professionnelle que pose la psychanalyse.

Les psychanalystes, qui revendiquent pour les laïcs le droit de traiter les malades par l'analyse, contestent ce droit aux médecins, demandant que seuls puissent exercer la thérapeutique analytique, les personnes revêtues d'une habilitation spéciale, acquise par un stage dans un Institut psychanalytique en vue d'études spéciales, et de se soumettre à une « analyse didactique » préalable, sorte d'épreuve d'initiation, qui souligne encore le caractère « paléopsychologique » de l'esprit de la secte.

Le corps médical doit s'élever énergiquement contre cette atteinte souhaitée à son droit d'exercer. On ne lui demande pas de diplôme spécial pour faire une hystérectomie ou pour manier du radium ; lui en demandera-t-on un pour extraire les complexes d'Œdipe ?

Les études médicales développent suffisamment l'esprit critique que pour que nous sachions, au lendemain de notre thèse, ce que nous sommes capables ou non dlentreprendre. Et il y a lieu de prévoir que, à la faveur de cet esprit clinique, nos confrères sauront, en matière de psychanalyse, s'abstenir justement.

Observations. — On trouve dans le rapport un certain nombre de cas médico-légaux qui ont fait l'objet d'interprétations psychanalytiques. Il était d'ailleurs difficile de donner une idée exacte de ces études analytiques de criminels, car, par nature, elles sont longues et prolixes et ne peuvent se concevoir autrement.

Le mieux serait donc de recourir aux mémoires originaux et de lire, dans la *Revue française de psychanalyse* (1er juillet 1927), le « cas de Mme Lefebvre » par Marie Bonaparte, et dans *Imago* (fasc. XV) le cas publié par Alexander sous le titre *Ein besessener Autofahrer.*

On aura ainsi une idée exacte des horizons particuliers ouverts à la criminologie par les psychanalystes.

Conclusions. — On trouve en somme jumelées dans ce travail deux questions assez différentes : d'une part l'exposé d'une criminologie nouvelle, d'autre part la position de la psychanalyse devant la déontologie médicale.

Sur cette dernière question, l'auteur exprime de façon assez catégorique son opinion personnelle : la psychanalyse thérapeutique ne doit pas être permise aux anaystes non-médecins, et elle ne doit pas être interdite aux médecins qui ont la singulière fantaisie d'y avoir recours. Il y a lieu de réprimer par des poursuites judiciaires toute infraction à la loi de 1892 commise par les

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

analystes laïcs et par les médecins qui, en prêtant leur concours à ces derniers, contreviendraient à l'article 16 de cette loi. Il y a lieu également, en matière de médecine administrative (soins aux mutilés de guerre et aux assurés sociaux), d'éviter d'engager les deniers publics dans des fantaisies thérapeutiques longues, coûteuses et d'intérêt discutable, alors qu'on est quelquefois obligé d'économiser sur des traitements de première importance.

Sur la première question, en revanche, l'auteur ne formule pas d'opinion personnelle. Il expose tout simplement le système comme on pourrait le faire de n'importe quelle conception philosophique, élaborée synthétiquement, échappant par conséquent à la discussion scientifique.

Il laisse simplement aux psychanalystes eux-mêmes le soin de conclure sur la valeur pratique de leur système criminologique.

Et cette conclusion est décevante : de l'aveu de ses partisans, la criminologie psychanalytique ne trouve pas sa place dans la société d'aujourd'hui, ce qui les fait glisser insensiblement de la «Kriminalpolitik» à la politique tout court, et nous présenter eux-mêmes la psychanalyse comme un vaste plan d'utopie, — le mot a été prononcé par Reik, l'animateur du mouvement.

Reik va même plus loin, confessant : « tout cela, c'est évidemment de la *Zukunftsmusik* ». Le rapporteur n'hésite pas à traduire : de la musique futuriste.

Discussion.

M. HEUYER (Paris). — Estime qu'il faut être médecin pour pratiquer la psychanalyse, sous peine d'échecs pratiques. Heuyer rappelle l'importance des psychanalyses non freudiennes. Surtout il proteste contre les restrictions que le rapporteur apporte au rôle du médecin-expert. C'est au contraire dans les cas limites (perversions sexuelles, crimes passionnels, délinquance juvénile) que la psychanalyse permettrait à l'aliéniste de donner un avis utile au magistrat. Heuyer en cite des exemples personnels et montre les services rendus par l'examen systématique des délinquants juvéniles (loi de 1912). Par contre, il est vrai que dans le cadre des lois actuelles la psychanalyse ne peut être employée pour les adultes. Ces lois pourraient être complétées.

Quant aux dangers, ils sont importants et il est inadmissible qu'une consultation médico-légale puisse être donnée par un psychanalyste qui n'a même pas examiné le sujet.

Mme MARIE BONAPARTE (Paris). — explique qu'il faut de longues études préalables pour être psychanalyste. Un psychanalyste ne doit traiter un sujet que sur prescription médicale. Mme Marie Bonaparte, qui n'est pas docteur en médecine, demande à être traitée en « sage-femme de l'âme ».

M. CELLIER (Paris). — L'expertise psychanalytique est impossible actuellement pour des raisons matérielles et psychologiques. D'ailleurs, en droit, expliquer une chose n'excuse pas. Il n'en reste pas moins que la psychanalyse apporte une conception neuve, probablement féconde dans l'avenir, ouvrant la voie à toute une réforme pénale.

M. DE SAUSSURE (Genève). — La psychanalyse change le point de vue auquel juges et experts se placent.

M. DIDE (Toulouse). — Rappelle que Freud étudia les premiers cas par l'hypnose. Il faut d'abord savoir la valeur de la méthode. Il croit que les psychanalystes cultivent la suggestibilité des malades inorganiques. Freud lui paraît d'ailleurs légèrement désabusé. Il faut en outre rester prudent, car la psychanalyse a une tendance à s'insurger contre l'ordre social.

M. TRUELLE (Paris). — La psychanalyse est pratiquement impossible à appliquer à la médecine légale, car il faut rester dans le cadre des lois. Il décrit un cas remarquable de simulation, l'inculpé décrivant ce qui se passe dans son inconscient.

M. SCHIFF (Paris). — La psychanalyse est entrée dans la vie courante ; on en fait constamment sans s'en apercevoir. Il eût été impossible de comprendre le cas de Kürten sans la psychanalyse.

Personnellement, l'auteur a fait intervenir des notions psychanalytiques dans des certificats médico-légaux. Ces certificats ont été pris en considération par les magistrats.

Schiff ne partage pas entièrement l'opinion de Truelle : la conscience personnelle du complexe d'Œdipe n'est pas impossible.

M. BOREL (Paris). — La psychanalyse ne peut être employée qu'une fois l'individu jugé.

M. NAVILLE (Genève). — Montre les limites dans lesquelles la méthode des mots induits peut servir au cours même de l'instruction.

M. CLAUDE (Paris). — Les psychanalystes non médecins ne doivent travailler que sous contrôle médical. Il est préférable que le psychanalyste soit médecin lui-même.

La psychanalyse a attiré l'attention des médecins sur l'importance de certaines tares mentales. Il peut en profiter, mais son rapport ne doit être fourni au magistrat qu'à titre de renseignements. Il est d'ailleurs impossible, pratiquement, de faire des analyses complètes.

Au point de vue prophylactique, la psychanalyse peut également rendre des services.

Peut-il modifier la peine au nom de la psychanalyse ?

Il faut être prudent et réserver la question.

Quand les asiles de sûreté seront créés, la psychanalyse pourra servir à traiter les criminels.

Communications.

Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre. — M. BALTHAZARD (Paris). — A la suite d'amputation, des altérations osseuses se développent. D'une part, des ostéophytes se produisent, contrastant avec une résorption osseuse au niveau des articulations demeurant inactives. D'autre part, des lésions à distance, fort peu étudiées jusqu'à présent, scoliose entraînant pour le membre inférieur une bascule du sacrum et, lorsqu'il s'agit d'amputations du membre supérieur, une bascule de la clavicule. Les altérations osseuses à distance sont plus marquées lorsqu'il s'agit d'amputations de membres inférieurs. Elles doivent être prises en considération pour évaluer les taux d'incapacité permanente.

Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite. — M. BALTHAZARD (Paris).

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

présente la photographie de la main d'un sujet trouvé mort par balle de revolver tirée dans la tempe droite. L'aspect des taches de sang montrait de façon formelle que la main était près de la tempe au moment même de la blessure.

Péri-arthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications péri-articulaires. — M. MAUCLAIRE (Paris). — S'appuyant sur d'intéressantes radiographies, le professeur Mauclaire décrit les calcifications à distance qui se produisent dans les arthrites traumatiques.

Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail. — M. SOREL (Toulouse). — Un sujet atteint de fracture compliquée de l'épaule, avec suppuration et fièvre fait, alors qu'il est convalescent de cet accident de travail, une chute fortuite dans un escalier. Il succombe au bout de quelques heures d'une rupture de la rate. Cette dernière était rendue fragile du fait de ses réactions à l'infection.

L'auteur discute les conclusions médico-légales : la relation avec l'accident doit être admise en cas d'accident de travail ; des réserves doivent être formulées en cas d'accidents de droit commun.

Le choc alvéolaire dans la submersion. — MM. LECLERQ et MULLER. (Lille.) montrent expérimentalement que la mort survient vite dans la submersion dans l'eau ordinaire ; au contraire, les désordres sont moins considérables en cas de submersion dans un liquide isotonique.

Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb. — MM. PIÈDELIÈVRE (Paris) et PIERRE E. MARTIN (de Lyon). — Les balles de plomb gardent l'empreinte de l'étoffe qu'elles frappent. Les auteurs ont précisé par de nombreux tirs expérimentaux, qu'il était possible, dans certains cas favorables, de retrouver sur les agrandissements photographiques des balles de plomb, deux empreintes différentes imprimées par deux étoffes superposées.

Les réactions nucléaires dues aux toxiques. — M. DE LAET (Bruxelles). — Les injections de toxiques produisent des lésions pycnotiques des thymocytes et des lymphoblastes, ainsi que des altérations de la mitose des cellules des glandes de Lieberkühn.

Le vol généreux. — MM. HEUYER et DUBLINEAU (Paris). — décrivent un type spécial de vol qu'ils ont observé chez des enfants et des adolescents et qui montre l'intérêt de l'emploi de la psychanalyse en criminologie. Il s'agit d'enfants et d'adolescents intelligents, non pervers, émotifs et intimidables. Le vol est récent, non habituel, non utilitaire. Il est souvent prémédité, adroitement exécuté comme le serait un vol commis par un pervers. Son produit est distribué généreusement à des amis, à des camarades, ou à d'autres personnes dont l'enfant désire s'attacher la bienveillance. Souvent la récidive du vol est encouragée par l'impunité.

Le mécanisme du vol présente un caractère spécial. En général, l'enfant ou l'adolescent souffre d'une infériorité d'ordre social (déchéance de la famille), familial (dissociation), individuel (infirmité physique). Par un mécanisme de compensation, l'enfant satisfait sa vanité et réagit à son infériorité par la distribution généreuse du produit de son vol.

Les auteurs présentent une série d'observations du type pur de vol généreux. Ils en décrivent aussi des types mixtes dans lesquels certaines perversions accompagnent la générosité. Le diagnostic doit être fait avec le vol du débile dont la générosité est due souvent à la suggestibilité, au vol du pervers qui distribue le produit du vol à ses complices, au vol altruiste décrit par Juquelier et Vinchon, enfin à certaines manifestations de vols cyclothymiques chez des hypomaniaques dont la générosité est morbide.

Le pronostic du vol généreux est relativement bon. L'enfant ou l'adolescent est émotif, intimidable et sa délinquence doit être considérée comme épisodique et curable.

Toutefois, l'impunité encourage les habitudes, et le caractère utilitaire du vol peut apparaître secondairement.

Le traitement est d'ordre psychothérapique, la psychanalyse révélant à l'enfant les motifs réels de sa conduite et donnant en même temps une orientation meilleure du mécanisme de compensation. Souvent des conseils donnés aux parents peuvent modifier la situation familiale dont l'enfant souffre. Enfin, une bonne orientation professionnelle peut remédier à une certaine infériorité sociale du sujet. SZUMLANSKI.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Strasbourg. — NOUVELLE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le cours de perfectionnement qui a lieu chaque année au mois de juillet commencera le jeudi 21 juillet et finira le dimanche 31 juillet.

Le professeur Canuyt fera un cours essentiellement pratique et chirurgical. Il exposera les questions à l'ordre du jour : l'anesthésie locale et régionale, l'amygdalectomie totale par la méthode de Sluder, le traitement des hémorragies, les phlegmons de la loge amygdalienne et la chirurgie du larynx et du sinus sphénoïdal. Le Dr Haslinger (de Vienne) consacrera une journée entière à des démonstrations d'œsophagoscopie et de bronchoscopie.

Les Drs Le Mée et Bouchet, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris, présenteront la méthode de déplacement ou méthode de Proetz pour le diagnostic des sinusites.

Le professeur Reverdon (de Lille) traitera la question de l'immuno-transfusion.

NOUVELLES *(Suite)*

Chaque auditeur sera initié individuellement à la technique opératoire et à la chirurgie oto-rhino-laryngologique.

Pour tous les renseignements, s'adresser au professeur Canuyt, hôpital civil. Strasbourg.

IIe V.E.M. cardio-vasculaire. — A la fin du cours fait à l'hôpital Tenon, sur les affections vasculaires, le professeur agrégé Lian a accompagné les auditeurs de ce cours, au nombre d'une vingtaine, à la station hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne.

La caravane arriva en auto-car à Bagnoles-de-l'Orne, le samedi soir. Le lendemain matin eut lieu la visite de l'établissement thermal sous la conduite des médecins de la station. Puis M. Ch. Petit, président de la Société des médecins, fit un intéressant exposé des caractères physiques et chimiques de l'eau de la Grande Source ainsi que de ses divers modes d'emploi, dont le principal est la balnéation. Enfin, M. Lian fit une leçon sur le mode d'action, les indications et contre-indications de la cure hydro-minérale de Bagnoles-de-l'Orne.

A l'issue des conférences, un délicieux déjeuner fut servi à l'hôtel de l'établissement thermal sous la présidence de M. Moulin, administrateur de la Compagnie thermale, assisté de M. Quiserne, président du Comité de réception. L'après-midi fut consacrée à une excursion au Mont-Saint-Michel, et l'après-dîner à une brillante sauterie.

Le premier cardio-vasculaire avait eu lieu à Royat et Saint-Nectaire. Le troisième fera suite au cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires à l'hôpital Tenon en juin 1933.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris! — 4 *Juillet.* — M. M. HUGUET, Etude sur le traitement électro-radiothérapeutique de la maladie de Basedow. — M. MILOVANOVITCH, Etude clinique et thérapeutique médico-chirurgicale des gangrènes diabétiques. — M. CALVET, La radium à faible puissance dans quelques syndromes douloureux. — M. HATIEGANU, Etude physio-pathologique des grandes hémorragies. — M. HERMAN, L'antigène méthylique et le rhumatisme tuberculeux. — M. SOHMAN, Etude étiologique des hépatites scléreuses.

5 *Juillet.* — M. DECANTE, Avortement et traumatismes accidentels. — M. ROUX, Le cancer du rectum chez les jeunes gens. — M. GESSEN, Les images radiologiques des abcès pulmonaires. — M. ILIESSO, Etude de l'insuffisance surrénale aiguë (syndrome de Sergents Bernard). — M. SILVIA LAVIT, Etude des néphrites diphtériques. — M. DE COSTER, Des deux nouvelles méthodes de l'angine de poitrine : 1° les injections intraveineuses iodées intensives ; 2° injections sous-cutanées d'acide carbonique. — M. MAINGUY, Des effets thérapeutiques de l'arc à grande puissance. — M. M. DUVERNOIS, Etude du sarcome myéloïde. — M. GROSBOIS, Médication créosotée dans les affections pulmonaires aiguës. — M. GRUNWALD, Maladie d'Addison sans lésions capsulaires. — M. LENOIR, Maladie osseuse de Paget et cataracte endocrinienne (étude clinique et pathogénique). — M. PARLIERI, La maladie orthostatique. — M. PILLIÈRE DE TANOUARN, Etude du traitement des troubles endocriniens chez l'homme. — M. NORMAND, Etude des myélopathies post-commotionnelles (sclérose latérale amyotrophique). — M. AUMASSON, L'impaludation chez les paralytiques générales enceintes. — M. BENTATA, Un médecin du XVIIe siècle. — M. BRUNEAU, Apparition de manifestations tertiaires de la syphilis au cours du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. — M. GONDET, Le signe de Babinski intermittent lié troubles cardio-respiratoires. — M. MICHY, Acanthosis nigricans et ses rapports avec les tumeurs malignes. — Mme TRIVAS, Auto-observation d'un tabétique de qualité.

6 *Juillet.* — Mme BLANCHY, Etude critique sur le pneumothorax bilatéral dit alterne. — Mlle LACROIX La chrysothérapie dans la tuberculose infiltrée à début aigu récent. — M. MAGRIN, Etude de l'influence de la rougeole sur la tuberculose pulmonaire. — M. PRYAUD, Les climats de France dans la tuberculose pulmonaire. — M. POLACCO, Les rechutes chez les malades traités et guéris par un pneumothorax. — M. SIGNORET, Etude des facteurs de l'infection tuberculeuse. — M. DE PALMA, Le traitement des bronchiectasies par le pneumothorax artificiel. — M. GODIN, La gono-réaction. — Mlle LATASTE, Le regime des nourrissons débiles. N. CHÉLALA GUILÉRA, Etude des troubles de la ménopause et leur traitement. — M. HIMELFARB, Les troubles bucco-pharyngés dans la leucémie aiguë. — M. RIVERO CARVALLO, La pression artérielle au cours de l'anesthésie et de certaines interventions chirurgicales. — M. HELLUIN, Le régime de Gerson dans le traitement de la tuberculose. — Mlle LAUR, Les réticulocytes et les réticulocytoses. — M. PULSFORD, De la télérœntgenthérapie totale. — Mlle MODZELEVVSKA-RAY, Etude des rayons infra-rouges et leur emploi dans le traitement des affections gynécologiques. — M. RODRIGUEZ, La dysectasie du col de la vessie. — M. MARTINEZ, Les tumeurs primitives multiples de types distincts et les modifications humorales chez les cancéreux. — M. ROSSANO, Les kystes, fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine. — M. MARSILLE, Etude sur la pathologie du nucleus pulposus intervertébral, les hernies nucléaires intraspongieuses, la cyphose à rétropulsion nucléaire et paraplégie. — M. SAVELLI, La méningocèle. Forme rare despina-bifida-cystica.

7 *Juillet.* — M. DECOURT, Origine de quelques cas de lèpre observés à Paris (notes sur la psychologie des lépreux). — M. DELGADILLO, Emploi de l'éosinate de cœsium en dermatologie. — M. DUREL, Les porteurs de germes en vénéréologie. — M. LÉVY (DAVID), Sur la réaction de Bordet-Wassermann, étude de deux techniques nouvelles. — Mme VIDAL (SUZANNE), Dermites infantiles et réactions secondes. — Mme VINCENT, Etude des pyodermites chroniques. — M. FUCHS (STÉPHANE), Les réactions de Bordet Wassermann irréductibles. — M. JAHAN, Le service de maternité gynécologique de l'hôpital civil français de Tunis. — M. LOSEKI MONIER, Etude du tétanos d'origine utérine. — M. LOUKA, Indications et techniques de la gastrectomie. — M. DONET, L'acide picrique en gynécologie. — M. SALLE, La thoracoplastie partielle supérieure. — Mlle SEGUIN, Les kystes de la cloison recto-vaginale. — M. TORCHAUSSE, Etude du fœtus *in utero.* — M. WEILL, Les septicémies puerpérales à bacilles perfringens. — M. BOCQUENTIN, Le diagnostic précoce des tumeurs du testicule. — Mme BOCQUENTIN, Le pronostic du cancer du

NOUVELLES *(Suite)*

sein opéré. — M. MOUTARDE, Etude du traitement prophylaetique des phlébites post-opératoires. — M. VEYSSET (ROGER), Etude de la vaccino-colloïdothérapie. — M. FREZOULS, Velpeau, 1795-1867. — M. BOURGET, Etude médicale sur la législation des accidents oculaires du travail. — M. LABESSE, Etude des rétinites brightiques. — M. MERLIN, De l'état antérieur dans les accidents oculaires du travail.

8 *Juillet.* — Mlle ABRICOSSOFF, Etude de la transfusion du sang chez le nourrisson. — M. BOYER, Etude statistique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. DEFOULOY, Etude de l'érysipèle du nouveau-né. — Mlle HIRET (PAULE), Etude de l'importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. — Mlle SCHIFRIN, Organisation, fonctionnement statistique d'un dispensaire antisyphilitique de maternité.

9 *Juillet.* — M. CADILLAC, Etude radiologique de l'invagination intestinale de l'adulte. — M. DUPEUX, Le régime cétogène dans l'épilepsie, son application pratique. — M. AZUNKHAN, Géographie médicale de l'Ile Maurice. — M. GAMARRA, La maladie de Carrion. — M. LAGARDE, Etude de la vaccinothérapie antimélitococcique par l'endoprotéine d'*abortus*. — M. LÉVY (ELIE), Etude de l'immunité antitypho-paratyphique conférée par la vaccination par voie buccale. — M. POPOWSKY, Etude des législations françaises qui pourraient intervenir à l'occasion d'un examen prénuptial. — M. VORMÈRE, Etude de la tare française. — M. DARNIS, Etude de la glycémie au cours de certaines affections chirurgicales et de leur traitement. — Mlle BOURDA, Origine congénitale du thorax en entonnoir par aplasie du plastron sterno-costal. — M. DÉTROIS, L'iode et le fluor dans les états hyperthyroïdiens. — M. GARNIER, Etude de la myosite ossifiante progressive. — Mlle GIRARDEAU, Contrôle de l'hygiène dans des familles observées au dispensaire de l'École de puériculture. — M. MONTAGNE, Étude graphique de la respiration chez le nouveau-né, le nourrisson et le prématuré. — Mme RODZEVITCH-BOULGOKOFF, Etude du signe de Chvostek chez les grands enfants. — M. VANIER, Le cancer de l'estomac chez les opérés de gastro-entérostomie pour abcès gastriques.

Thèses vétérinaires. — 4 *Juillet.* — M. GENET, La parathyphose du porc. — M. MICHEL, La morve. — M. HANHART, La tuberculose bovine, moyens mis à la disposition du vétérinaire pour lutter contre cette maladie.

7 *Juillet.* — M. JEANNIN, La race bovine du Cotentin, morphologie et pathologie. — M. CHAKIR, Le chien de Constantinople, son utilisation comme chien de guerre et sanitaire dans l'armée turque.

9 *Juillet.* — M. DÉTREZ, Paraplégie *ante partum* et de la maladie du chemin de fer. — M. STRADY, L'asthme chez les bovins.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

11 JUILLET. — *Marseille.* Ecole de médecine. Concours de chef de clinique exotique.

11 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine, 8 h. 30. Concours de clinicat des maladies infectieuses, de clinicat médical infantile, de clinicat d'hygiène et de clinique de la première enfance, de clinicat médical, de clinicat médical propédeutique, de clinicat médical thérapeutique, de clinicat de la tuberculose.

12 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Concours des bourses de doctorat en médecine.

14 JUILLET. — *Vienne.* Congrès de la Société internationale de logopédie et de phoniatrie.

15 JUILLET. — *Bordeaux.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux

15 JUILLET. — *Bordeaux.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

15-16 JUILLET. — *Lille.* Congrès des écrivains français.

18 JUILLET. — *Paris.* Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie.

19 JUILLET. — *Orléans.* Concours de l'internat des hôpitaux d'Orléans.

20 JUILLET. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin adjoint du sanatorium de Saint-Hilaire du Thouvet.

25 JUILLET. — *Paris.* Congrès quinquennal international d'homœopathie.

25 JUILLET. — *Bruxelles.* Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

27 JUILLET. — *Limoges.* Inauguration du monument à la mémoire du professeur GILBERT-BALLET.

1er AOUT. — *Vichy.* Clôture des inscriptions pour le Congrès international de la lithiase biliaire.

15 AOUT. — *Copenhague.* Congrès de la lumière.

21 AOUT. — *New-York.* Congrès international d'Eugénique.

VARIÉTÉS

L'INSTITUT DE PHARMACODYNAMIE ET DE THÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ DE GAND

Par le professeur C. HEYMANS

L'Institut de pharmacodynamie et de thérapie (fig. 1) de l'Université de Gand fut érigé d'après les directives et les indications de feu le professeur J.-F. Heymans.

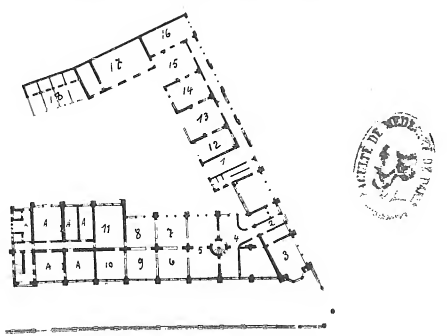
Le principe fondamental qui servit de base à l'aménagement de cet Institut fut de séparer les locaux destinés aux étudiants, des salles destinées au travail expérimental et aux recherches ; d'isoler d'autre part les locaux réservés aux animaux de ceux destinés à l'enseignement et à la rêcherche, tout en réservant une galerie couverte bien aérée et chauffée, située près des salles d'expérimentation, pour y garder sous un contrôle permanent un certain nombre d'animaux en expérience. Le deuxième principe adopté dans la construction fut d'assurer à toutes les salles le maximum de facilités pour l'exécution des recherches et le maximum d'éclairage ; aussi, partout où les conditions techniques l'ont permis, les cloisons séparant les diverses salles sont-elles toutes en verre (fig. 3).

L'Institut comprend un sous-sol pour les services généraux, un rez-de-chaussée pour les recherches spéciales et pour les animaux, un étage comprenant lui-même deux parties, l'une pour les recherches de pharmacodynamie, l'autre complètement séparée, réservée à l'enseignement des étudiants.

I. **Sous-sol.** — Le sous-sol comprend, outre l'installation du chauffage central, toutes les canalisations principales : eau, gaz, et électricité, qui sont ainsi parfaitement accessibles. On y trouve un local comprenant le nécessaire pour l'aménagement d'un aquarium et une salle-étuve réglée à 38°.

II. **Rez-de-chaussée** (fig. 1). — A gauche de l'entrée réservée aux travailleurs et au personnel, nous trouvons la bibliothèque qui renferme, outre les principaux ouvrages classiques, un grand nombre de périodiques, ainsi que les tirés à part, environ treize mille, classés avec fiches. A droite de l'entrée se trouvent les locaux du personnel subalterne avec salle de bains. L'entrée donne ensuite accès aux six salles (fig. 2) particulièrement réservées aux recherches chimiques et physico-chimiques, pourvues de centrifugeuses, d'étuves, de hottes, d'appareils de Van Slyke, etc.

Une deuxième porte d'entrée, une porte cochère permettant le passage des voitures, donne accès à la cour et à l'aile du bâtiment dont le rez-de-chaussée et l'étage sont réservés aux animaux. Cette partie du bâtiment comprend : une salle avec cages pour chats et pour singes, un aquarium pour grenouilles, deux salles pour les lapins et les cobayes, de nombreuses niches pour chiens bien



Institut J.-F. Heymans. Plan du rez-de-chaussée (fig. 1).

1, Entrée porte cochère ; 2, entrée de la section des recherches ; 3, bibliothèque ; 4, hall ; 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, salles pour les recherches chimiques ; A, habitation du concierge ; 12, 13, 14, 15, places pour les petits animaux ; 16, étable pour bovins ; 17, écurie pour chevaux ; 18, niches pour chiens.

VARIÉTÉS *(Suite)*

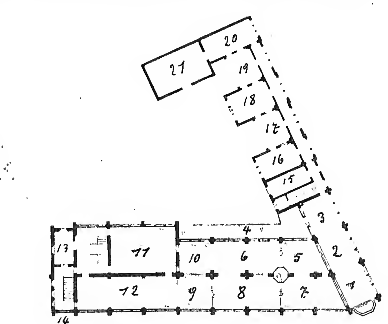
abritées et comportant une communication avec l'extérieur, enfin une écurie pour une douzaine de bovins et une écurie pour deux chevaux. Tous ces locaux communiquent avec une large cour centrale comprenant elle-même un jardin.

III. Étage (fig. 2). — L'étage comprend trois divisions principales : des salles d'expérimentation, le cabinet du professeur et les diverses salles pour l'enseignement.

a. **Salles d'expérimentation physiologique** (fig. 3). — Dans deux grandes salles se trouvent la plupart des instruments permettant l'enregistrement graphique : le grand kymographe Palmer, le grand kymographe de Harvard, l'électrocardiographe mobile de Siemens, l'appareil pour respiration artificielle, la pompe de perfusion de Dale-Schuster avec oxygénateur de Euler-Heymans, l'appareil à métabolisme, etc. Une de ces salles communique avec la galerie pour les animaux en observation.

b. **Cabinet du professeur-directeur.** — A côté de ce cabinet se trouve l'administration de l'Institut et de la rédaction des *Archives internationales de pharmacodynamie et de thérapie.* Le bureau du professeur communique d'autre part avec deux salles destinées plus particulièrement aux travaux personnels. Par l'intermédiaire de ces deux salles et par la galerie on a accès à l'annexe réservée aux animaux.

c. **Enseignement et travaux pratiques.** — Une entrée particulière donne accès aux étudiants, qui ne doivent ainsi nullement traverser la section réservée aux recherches. La section de l'enseignement comprend : *a)* une salle de cours, avec appareils de projection ; *b)* une grande salle pour exercices pratiques où sont installées en outre une collection très complète des drogues médicinales et une bibliothèque pour étudiants avec livres et périodiques ; *c)* une petite salle de préparation pour démonstrations ; cette salle ainsi que la salle de travaux pratiques communiquent avec la section « Recherches ».



Institut J.-F. Heymans. Plan de l'étage (fig. 2).

1, cabinet du professeur ; 2, 3, salles des balances et de recherches ; 4, galerie couverte pour animaux en observation ; 5, salle pour centrifugeuse, glacière, etc. ; 6, grande salle pour expérimentation avec enregistrement graphique ; 7, secrétariat ; 8, salle pour expérimentations ; 9, bureau de l'assistant ; 10, salle de préparation pour démonstrations ; 11, salle de cours ; 12, salle des exercices pratiques, collection et bibliothèque pour étudiants ; 13, logement de l'assistant ; 14, entrée des étudiants ; 15, salle des étuves ; 16, atelier ; 17, place pour chiens ; 18, salle des autoclaves, etc. ; 19, place pour chiens ; 20, chambre noire ; 21, grenier.

L'Institut comprend en outre quelques *locaux divers* : 1° un atelier ; 2° une chambre noire ; 3° une salle à étuves, glacières, centrifuges, balances ; 4° un cabinet de travail pour l'assistant ; 5° le logement du concierge.

Le personnel scientifique du laboratoire comporte : un professeur ordinaire (C. Heymans), un chargé de cours-chef de travaux (J.-J. Bouckaert), une assistante (Mlle Casier), un préparateur et deux garçons de laboratoire.

Cet Institut, érigé et construit pour tous les besoins de l'enseignement et de la recherche, se trouve dans un cadre charmant, tranquille et reposant, qui prédispose au travail ; il est situé le long de la rivière la Lys, est entouré de grands arbres et construit en style gothique, ce qui lui donne un

VARIÉTÉS *(Suite)*

aspect très original. Cet Institut de pharmacodynamie et de thérapie porte depuis l'an passé le nom d'Institut J.-F. Heymans à la suite d'une décision ministérielle prise à l'occasion du jubilé de son fondateur et en l'honneur de celui qui mit toute son âme et toute son activité non seulement pour ériger cet Institut modèle, mais encore pour en faire, après quarante années d'une direction active, le grand centre phamacologique qu'il est devenu. La postérité conservera ainsi pieusement le souvenir du grand pharmacologue belge qu'a été J. F. Heymans.



Vue d'ensemble sur les salles de chimie (fig. 3).

Une des salles pour expérimentation avec enregistrement graphique (fig. 4).

VARIÉTÉS *(Suite)*

ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACOLOGIE ET DES RECHERCHES DE PHARMACODYNAMIE EN GRANDE BRETAGNE ET EN BELGIQUE (1)

Par M. TIFFENEAU

I. — Grande-Bretagne.

Jusqu'en 1898, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où Dixon commença de s'adonuer à la recherche scientifique, il n'y avait en Grande-Bretagne aucune chaire de pharmacologie. Toutes les Universités écossaises possédaient seulement des chaires magistrales de matière médicale. A Edimbourg, où une de ces chaires avait été créée dès 1798, les titulaires qui s'y étaient succédés avaient la charge des élèves de l'hôpital et enseignaient la clinique ainsi que la matière médicale. Malgré les exigences de la pratique médicale, Cristison, nommé en 1832, et Fraser, nommé en 1877, avaient pu effectuer en pharmacologie expérimentale des travaux honorables. C'est surtout d'Edimbourg que, tout au moins pour ce qui concerne la Grande-Bretagne, vint la première impulsion pour la recherche expérimentale dans cette branche de la médecine. Dès 1872, Lauder Brunton, gradué d'Edimbourg, donna sa première série de leçons à Saint Bartholomew et c'est en 1885 que fut publié son célèbre *Textbook of Pharmacology, Therapeutics and Materia Medica* (2). Ce remarquable ouvrage a beaucoup fait pour établir sur des bases physiologiques les fondements de la thérapeutique. Par ses propres recherches expérimentales et par son instinct prophétique, L. Brunton sut maintenir vivant en Grande-Bretagne l'esprit de la recherche scientifique orientée vers la pharmacologie. Mais le laboratoire dans lequel Brunton effectua la plupart de ses travaux était constitué par une seule pièce, si petite qu'on pouvait à peine y déplacer le kymographe; de plus, Brunton était obligé de chercher dans la pratique médicale les ressources lui permettant de payer ses collaborateurs.

La tradition écossaise des recherches de pharmacologie fut introduite à Glascow par Stockman, élève de Fraser, et à Aberdeen par Cash. Mais à la vérité, quand Dixon se tourna courageusement vers la pharmacologie, il n'y avait en Angleterre rien de prévu pour la recherche scientifique et aucun avenir pour quiconque voulait se consacrer à cette science. Quand, en 1892, Abel accepta la chaire de pharmacologie à l'Ecole médicale de John Hopkin (Baltimore) et que Cushny fut appelé à lui succéder à Ann Arbor, la nomination de ces deux brillants élèves de Schmiedeberg permit d'instituer aux Etats-Unis une sûre et durable organisation de la recherche pharmacologique. Mais jusqu'au retour de Cushny en Angleterre en 1905, comme titulaire de la chaire de pharmacologie nouvellement créée à l'« University College » de Londres, Dixon fut seul en Grande-Bretagne à tenir en mains le flambeau de la recherche pharmacologique.

Ultérieurement Cushuy, Dixon et Dale, dont les recherches magistrales furent principalement effectuées dans des laboratoires privés, constituèrent un *triumvirat* d'une telle importance que l'octroi à la pharmacologie d'une situation officielle en Angleterre ne devait plus être désormais qu'une question de temps. Ceux-là même, et ils étaient alors nombreux et influents, qui refusaient de considérer la pharmacologie comme une science distincte et qui de plus avaient une faible confiance dans la valeur curative des médicaments, ne pouvaient pas ne pas convenir de toute l'importance de la contribution que ces trois savants apportaient indirectement à la physiologie pure. Aussi les Écoles de médecine commencèrent-elles bientôt à envisager la double nécessité d'un enseignement approprié de la pharmacologie et d'une organisation des recherches expérimentales dans cette branche.

En 1912, un poste de lecteur en pharmacologie fut créé à Oxford et, cinq ans plus tard, celui-ci fut transformé en une chaire magistrale. D'autres chaires de pharmacologie furent ultérieurement créées à Sheffiedd, à Liverpool et à Belfast. Aujourd'hui, presque toutes les écoles de médecine d'Angleterre possèdent un enseignement de la pharmacologie, quoique parfois encore très imparfaitement adapté aux besoins actuels.

II. — Belgique.

Avant 1890, la Belgique, dans aucune de ses quatre grandes Universités, ne possédait ni enseignement officiel de la pharmacodynamie, ni laboratoires de recherches consacrés à cette science. Sans doute quelques savants comme Héger à Bruxelles avaient su, à l'exemple de Cl. Bernard et de Vulpian, orienter leurs travaux vers la médecine expérimentale et la pharmacodynamie ; mais il n'existait jusqu'à cette époque aucun laboratoire, avec personnel spécialisé et crédits indépendants, qui fût exclusivement consacré aux recherches pharmacologiques.

(1) Nous avons puisé les renseignements concernant cet article dans la notice nécrologique de Gunn sur le professeur Dixon (*J. of pharmacol.*, 1932, t. XLIV p. 1) et dans l'article documentaire du professeur C. Heymans sur les laboratoires de pharmacodynamie des universités belges (*Le Scalpel*, juin 1931, p. 269).

(2) *Traité de Pharmacologie, de Thérapeutique et ds matière médicale*, traduct. française de DENIAU et LAUWERS, Bruxelles Manceaux 1888-89.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Le premier cours officiel de pharmacologie semble avoir été celui du professeur J.-F. Heymans, qui à la fin de 1890 obtint à Gand, où il devait rester jusqu'à la fin de sa carrière, une charge de cours qui comportait à la fois l'enseignement de la thérapeutique et celui de la pharmacodynamie (1). Pour la recherche expérimentale, J.-F. Heymans, qui possédait une forte culture physiologique et une technique impeccable acquise auprès de maîtres réputés tels que du Bois-Reymond (Berlin), et qui avait déjà publié des travaux intéressants, dut se contenter pendant dix ans de quelques locaux étroits cédés par la Faculté de philosophie.

Une autre charge de cours comportant également l'enseignement de la pharmacodynamie et de la pharmacologie fut créée en 1894 à Louvain et confiée au professeur Ide, mais avec mission pour ce dernier de diriger un laboratoire orienté non pas dans la voie même de son enseignement, mais dans la chimie biologique, celle-ci rentrant plus spécialement dans le cadre de l'Institut Carnoy dont dépendait le nouveau laboratoire.

Un peu auparavant, l'Université de Liége avait confié l'enseignement de la pharmacologie, confondu alors, comme celui de Regnault à Paris, avec la pharmacie et avec la matière médicale, au professeur van Aubel, qui d'autre part enseignait également la médecine légale et qui d'ailleurs ne disposait point de laboratoire et donnait un enseignement exclusivement théorique. Malgré qu'il fût presque à la fin de sa carrière, van Aubel sut prévoir l'orientation de la pharmacologie et s'adjoignit, quelques années avant sa retraite, Henrijean, élève de Schwann et de Fredericq ; celui-ci qui, malgré qu'il dût pour vivre faire de la pratique médicale, sut s'astreindre à consacrer une partie de son temps à la recherche expérimentale. Grâce à lui, la nécessité d'un enseignement complètement indépendant de la pharmacodynamie fut reconnu; aussi, lors de la mise à la retraite de van Aubel, l'enseignement mixte de la pharmacodynamie et de la médecine légale fut-il scindé ; c'est à Henrijean que revint la pharmacodynamie, toutefois sans qu'aucun laboratoire fût officiellement affecté aux deux nouvelles chaires.

A Bruxelles, c'est seulement en 1895 que le professeur Destrée put créer un laboratoire de pharmacodynamie et de thérapeutique qui fut installé dans l'Institut d'hygiène et de bactériologie nouvellement construit par l'Université de Bruxelles au parc Léopold.

(1) Cet enseignement comprenait en outre des éléments de pharmacologie, c'est-à-dire probablement de pharmacie galénique et de matière médicale à l'usage des médecins.

Ainsi, jusque vers 1890 ou 1895 la Belgique ne possédait aucun enseignement spécial de la pharmacodynamie et aucun institut ou laboratoire indépendant pour la recherche expérimentale. C'est seulement peu à peu, et grâce aux titulaires des chaires spécialisées des quatre universités belges, Destrée, Henrijean, Heymans et Ide, que l'enseignement devint surtout pharmacodynamique.

Quant à l'organisation indépendante de la recherche dans chacune de ces chaires, notamment pour la création d'Instituts distincts, il fallut plus de dix ans pour en obtenir la réalisation. C'est le professeur J.-F. Heymans qui, par sa ténacité et son énergie, y parvint le premier en créant l'Institut dont nous publions d'autre part la description qu'en a faite pour un lecteur son distingué fils le professeur Corneille Heymans. En 1903, le laboratoire de J.-F. Heymans fut enfin transféré dans le nouvel Institut.

A Bruxelles, le laboratoire de pharmacodynamie et de thérapeutique, qui comprenait initialement une salle unique, s'agrandit peu à peu et devint, sous la vive impulsion de V. Jacques (1902 à 1919) et surtout d'Eggard Zunz (depuis 1920), un centre important de recherches. Enfin, grâce à l'aide généreuse de la fondation Rockefeller qui permit la réédification de la Faculté de médecine de Bruxelles, un nouveau laboratoire de pharmacodynamie fut créé sur les plans du professeur Zunz, qui l'an dernier nous en a donné la description complète (2).

A Liége, le professeur Henrijean, lors de sa titularisation, dut à la générosité d'un mécène, H. Van Custem, et à la reconnaissance d'un malade, les instruments nécessaires à l'installation d'un laboratoire constitué par une unique salle. Après de nombreuses difficultés et maints déplacements, Henrijean put enfin obtenir les locaux du vieil hospice désaffecté qui constitue aujourd'hui encore le laboratoire de thérapeutique et de pharmacodynamie de l'Université de Liége, dont l'organisation fait le plus grand honneur à son créateur et que dirige aujourd'hui son distingué successeur le professeur Dautrebande.

A Louvain, le professeur Ide n'eut pas à connaître de telles vicissitudes, car il put conserver le laboratoire qui lui avait été accordé par l'Institut Carnoy ; il n'eut qu'à modifier l'orientation des recherches et, grâce à l'organisation créée par lui, son successeur, Hoet, put dès 1926 créer une importante école de pharmacodynamie.

(2) Voir *Paris Médical*, n° 25, 1931.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nous ne pouvons mieux terminer cette étude qu'en reproduisant les quelques mots par lesquels le professeur C. Heymans termine son article du *Scalpel* sur les laboratoires de pharmacodynamie des Universités belges : « Le passé est garant de l'avenir, et cet aperçu de l'ensemble de l'activité des laboratoires de pharmacodynamie permet d'espérer et d'entrevoir que ceux-ci contribueront à conserver à la Belgique, pendant le deuxième siècle d'indépendance qui s'ouvre, la place qu'elle occupe dans le domaine des recherches médicales. »

ÉCHOS

CRÉATION DE LA SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE CRIMINELLE

Les attentats toujours plus nombreux qui inquiètent l'opinion et le tragique assassinat du président Doumer ont conduit des psychiatres, des magistrats, des juristes et des parlementaires à se réunir en vue d'étudier la création d'une société d'études pour l'organisation d'une prophylaxie criminelle.

Cette société s'est constituée sur l'initiative du Dr Toulouse, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, président de la Ligue nationale d'hygiène mentale, qui a été élu président. M. Justin Godart, aujourd'hui ministre de la Santé publique, a accepté la présidence d'honneur. Les professeurs Charles Achard, de l'Institut, et Henri Claude, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, font partie du comité d'honneur. Le Dr André Ceillier a été nommé secrétaire général et le Dr Paul Schiff, secrétaire général adjoint.

Neuf commissions ont été constituées : 1° *Action parlementaire* (présidents : MM. Peuancier et André Hesse ; rapporteur : M. Blacque-Belair) ; 2° *Organisation de la prophylaxie criminelle* (Dr Toulouse) ; 3° *Etablissements pénitentiaires, expertises et psychiatrie criminologique* (prof. Henri Claude) ; 4° *Réforme pénale* (prof. Hugueney) ; 5° *Biotypologie criminelle* (prof. A. Gosset et prof. Laugier) ; 6° *Enfance délinquante* (Dr J. Roubinovitch et Dr Heuyer ; 7° *Facteurs sociaux du crime* (Me Campinchi) ; 8° *Criminologie sexologique* (Mme Maria Vérone et Dr Rogues de Fursac) ; 9° *Alcoolisme et toxicomanies* (prof. Charles Achard et sénateur Fernand Merlin).

Au cours de la première réunion de travail, présidée par M. Justin Godart et à laquelle ont notamment participé M. Georges Leredu, sénateur, ancien ministre, et M. Paul Matter, procureur général près la Cour de cassation, le Dr Toulouse a montré que les criminels, qui sont le plus souvent des anormaux et des psychopathes, attirent d'habitude avant leurs attentats l'attention de leurs proches ou des tiers par leur comportement (injures, menaces, violences, etc.) Or ces actes, qui ne tombent pas toujours sous le coup de la loi, les rendent suspects à leur entourage et sont suffisants pour que ces individus soient signalés aux Centres de prophylaxie mentale ou aux services de psychiatrie. Il serait urgent que les examens de ces sujets, aux fins de dépistage, de traitement et d'isolement, soient facilités par les organismes actuels de justice et de police.

Mais une question plus large, posée et étudiée mondialement, c'est la détermination de «l'«état dangereux. d'un individu avant qu'il n'ait commis un acte constituant une infraction à la loi pénale et justifiant des mesures de protection. Une loi serait nécessaire et devrait s'inspirer, après une étude psychiatrique et juridique complète, des projets et dispositions envisagés dans les divers pays. Ce serait le moyen le plus sûr de se préserver contre les anormaux qui troublent chaque l'ordre social et la sécurité des personnes.

De son côté, le professeur Henri Claude avait indiqué la nécessité de prendre des mesures à l'égard des récidivistes et d'abord de rechercher dans les *Annexes psychiatriques des prisons*, — dont, avec le Dr André Ceillier, il a pris l'initiative et qui ont été créés sur la proposition de M. Blacque-Belair, rapportée par le Dr Paul Caujole à la Chambre — les tares psychiatriques de ces délinquants pour les colloquer, le cas échéant, dans des asiles de sûreté, ainsi que cela se fait en Belgique. Il propose en outre la création d'une commission composée de médecins-experts, magistrats et avocats, devant laquelle on ferait venir les individus dangereux, en vue de les amener à accepter d'entrer volontairement dans un service psychiatrique pour s'y faire traiter.

LA COMMISSION INTERDÉPARTEMENTALE DES ASSURANCES SOCIALES POUR LES DÉPARTEMENTS DE SEINE ET DE SEINE ET OISE

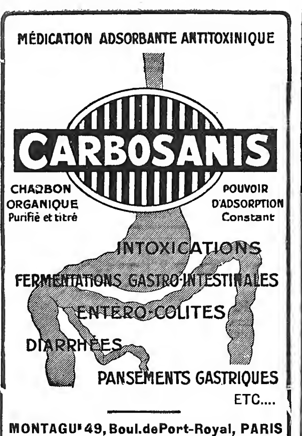
Le 29 juin 1932 la Commission interdépartementale tripartite des Assurances sociales pour les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise s'est réunie, avenue Lowendal, sous la présidence de M. Heller. On sait que cette Commission, nommée par arrêté ministériel du 19 décembre 1931 en exécution de la loi du 30 avril 1930 (art. 7, paragraphe 5), est composée pour un tiers de représentants des Syndicats de praticiens, pour un tiers de représentants des Caisses et pour un tiers de représentants de l'Administration et des hôpitaux publics.

Après lecture des rapports présentés par une sous-commission prise dans son sein, la Commission plénière interdépartementale a approuvé à l'unanimité les conventions passées entre les Caisses de répartition de la région parisienne d'une part et les Syndicats de praticiens d'autre part : Fédération des syndicats médicaux de la Seine, Syndicat médical de Seine-et-Oise, syndicats de chirurgiens-dentistes, syndicats de sages-femmes.

Elle a également approuvé à l'unanimité les tarifs de responsabilité des Caisses concernant ces convention ainsi que les tarifs de responsabilité pour les analyses biologiques, les lunettes et les appareils d'orthopédie.

Enfin elle a approuvé, toujours à l'unanimité, les conventions passées par les Caisses avec l'Administration de l'Assistance publique à Paris et avec les hôpitaux publics du département de la Seine, ainsi que les barèmes annexés à ces conventions. Seule la convention passée par les Caisses avec l'hôpital public du Kremlin-Bicêtre: dont le texte s'écartait considérablement de celui des autres conventions, n'a pas été approuvée par la Commission. A la suite d'un long débat, il a été décidé que des négociations seraient engagées par les Caisses avec l'hôpital, communal du Kremlin-Bicêtre pour obtenir de celui-ci, et dans le sens indiqué par la Commission, des modifications à la convention non approuvée.

Ces importantes décisions de la Commission interdépartementale, toutes prises à l'unanimité, rendent donc légales les conventions sus-indiquées ainsi que les tarifs de responsabilité et les barèmes annexés à ces conventions qui jusqu'à maintenant n'avaient eu qu'un caractère provisoire.


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr.
PILULES : 0,01
GOUTTES : X gtt. = 0,01
AMPOULES : 0,02
PÂTE : 0,005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

La responsabilité d'un médecin à raison du préjudice causé à un malade par l'application d'un traitement radiothérapeutique peut-elle être fondée sur l'article 1384, paragraphe 1, du Code civil ?

Autrement dit, le médecin radiothérapeute est-il responsable non seulement du dommage causé par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des appareils dont il a la garde ?

Telle est la question qui s'est posée devant la Cour d'Aix à propos d'un médecin qui était poursuivi par un malade qui avait sollicité et accepté de participer à l'usage des appareils en connaissance du risque qu'en comportait l'emploi.

La Cour d'appel d'Aix a déclaré que la responsabilité résultant du principe de garde de la chose n'était pas applicable au médecin radiothérapeute. Par contre, si le médecin a commis des fautes qui constituent une violation de l'obligation contractuelle résultant du contrat qu'il a passé avec le client, sa responsabilité est engagée non seulement en raison d'un quasi-délit ou d'un délit de blessure par imprudence, mais en raison des engagements pris par les conventions.

De cette distinction il résulte que l'action en réparation du dommage causé par les blessures subies par le client ayant son fondement de droit dans un contrat et non dans un fait délictueux n'est pas soumise à la prescription des trois ans comme tous les délits, mais à la prescription trentenaire prévue par l'article 2262 du Code civil.

Cette solution est celle qui résulte de l'arrêt rendu par la Cour d'Aix, le 16 juillet 1931.

Cet arrêt est ainsi libellé :

« La Cour, — Attendu que la seule question dont la Cour se trouve saisie par l'appel est celle de savoir si la prescription instituée par l'article 638 Code d'instruction criminelle couvre les faits reprochés par les époux Mercier au docteur Nicolas ;

« Attendu que la prescription pénale n'éteint l'action civile qu'autant que celle-ci a pour unique fondement juridique le délit dont réparation est demandée ; qu'au contraire, lorsque l'action civile trouve sa base dans un droit préexistant au fait dommageable, notamment dans un contrat, la prescription de l'article 638 ne saurait s'appliquer ;

« Or, attendu que les relations juridiques d'un médecin et de son malade entrent dans le cadre du contrat de louages de services, le médecin

LA MÉDECINE AU PALAIS *(suite)*

s'engageant à donner au malade ses soins assidus, éclairés et prudents, le malade s'engageant à payer au médecin des honoraires ; qu'ainsi, lorsqu'au cours du traitement, c'est-à-dire dans la période d'exécution du contrat, le médecin commet une faute une négligence, une maladresse, une imprudence, cette faute, revêt le caractère d'une faute contractuelle consistant dans la violation d'une obligation consentie ;

« Attendu, dans ces conditions, que c'est à juste titre que le jugement entrepris a déclaré inapplicable à l'espèce la prescription issue de l'article 638 Code d'instruction criminelle ;

« Par ces motifs et ceux non contraires des premiers juges, déclare inapplicable à l'espèce la prescription instituée par l'article 638 Code d'instruction criminelle ; confirme à cet égard le jugement entrepris. »

La question qui se trouve résolue par l'arrêt de la Cour d'Aix est des plus délicates. Il s'agit de savoir si l'action en responsabilité civile contre un médecin en raison d'actes engagcant sa responsabilité se prescrit comme toutes les actions correctionnelles par trois ans, aux termes de l'article 638 du Code d'instruction criminelle, ou comme toutes les actions civiles par trente ans, ainsi qu'il est prévu par l'article 2262 du Code civil.

Jusqu'à présent, la question ne s'était pas posée avec cette netteté et il a fallu qu'un procès en responsabilité, ayant pour base un traitement radiothérapique, soit intenté pour que la question soit résolue.

La jurisprudence de la Cour de cassation a, au cours de ces dernières années, fixé les principes de la responsabilité d'une façon beaucoup plus précise que les arrêts antérieurs. En réalité, la Cour de cassation admet maintenant le principe de l'identité de la faute pénale et de la faute civile pour tous les dommages causés à la personne elle-même ; c'est-à-dire que les fautes qui constituent le délit correctionnel d'homicide ou de blessures par imprudence sont les mêmes que celles qui justifient le fondement d'une responsabilité civile. La jurisprudence ne distingue plus comme autrefois les fautes légères et les fautes lourdes : elle estime que, quel que soit le degré de gravité de la faute, la responsabilité pénale est encourue.

Dès lors, la Cour de cassation juge que quand la victime d'un fait qui porte atteinte à sa personne physique assigne l'auteur du dommage, même devant le tribunal civil, c'est la prescription de l'action pénale qui seule doit s'appliquer. Par conséquent, l'action civile est prescrite par trois

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

ans, puisque c'est la prescription applicable à tout délit (Cassation 9 juin 1928 : Dall. 1928-1-153).

Nous avons vu déjà dans *Paris médical* l'arrêt rendu par la Chambre criminelle, le 16 avril 1921 (Dall. 1921-1-184), qui a décidé que les fautes commises par un médecin dans l'application d'un traitement médical constituent, toutes les fois qu'elles engagent sa responsabilité civile, le délit de blessures par imprudence, et en analysant cet arrêt nous en avions déjà conclu que le médecin qui s'est rendu coupable d'une faute engageant sa responsabilité civile ne peut être assigné même devant les tribunaux civils que pendant trois ans, l'action civile étant éteinte en même temps que l'action pénale, toutes les fois qu'elle est fondée sur un délit.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

ASSISTANCE MATERNELLE

Le 27 juin, en présence de M. le Président de la République, a été inauguré, 2, rue du Figuier (IVe), le pavillon de consultation prénatale et de consultation de nourrissons, institution de puériculture des plus intéressante due à l'initiative de Mme Fernand-Edouard Renard, femme du Préfet de la Seine, présidente de l'Association des œuvres maternelles de l'Hôtel de Ville.

La consultation prénatale sera assurée par les assistants de M. le Dr Lévy-Solal, la consultation de nourrissons par M. le Dr Launay.

Le médecin-chef est M. Clément, assistant de M. le Dr Lesné.

Cette institution comprend encore une crèche, une garderie.

La visite des locaux permet de se rendre compte avec quel souci de perfection des détails et des ensembles a été conçue cette belle œuvre qui fait honneur à la Préfecture de la Seine et au Conseil municipal de Paris.

Les félicitations n'ont pas été ménagées à Mme Renard et c'était justice. B.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

GEORGES MARION

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Si jamais un chirurgien des hôpitaux a mérité d'être nommé professeur, c'est bien Marion dont la carrière, toute de labeur et de conscience, peut servir de modèle aux élèves qui recevront son enseignement.

Depuis plusieurs années, on voyait avec peine ce chirurgien dont l'activité physique et intellectuelle restait magnifique, approcher de l'âge où un règlement inflexible allait l'obliger de quitter son beau service de l'hôpital Lariboisière sans avoir reçu la



Le Professeur Georges MARION.

consécration suprême à laquelle il avait droit. Mais la justice immanente, dont on ne parle pas toujours en vain, est venue et, quelques mois après avoir quitté le service Civiale, Marion est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, en attendant qu'il occupe la chaire de clinique des voies urinaires illustrée par Guyon, Albarran et Legueu.

Né à Fixin, dans la Côte d'Or, Marion possède toutes les qualités de belle santé physique, de solide jugement, d'équilibre moral qui caractérisent les habitants de cette partie privilégiée de la Bourgogne, justement célèbre par ses vins parfumés qui réjouissent l'âme et fortifient le corps.

Il a gravi rapidement tous les échelons de la carrière chirurgicale : externe en 1890, interne des hôpitaux en 1892, aide d'anatomie en 1894, prosecteur en 1896, chef de clinique chirurgicale en 1898, il est nommé premier au concours de chirurgien des hôpitaux en 1900, premier au concours d'agrégation de chirurgie de la Faculté en 191.

La Société nationale de chirurgie l'élit membre titulaire en 1908. L'Académie de médecine s'honorera en l'admettant un de ces jours parmi ses membres... La vie chirurgicale de Marion s'écoule comme un beau fleuve aux rives ensoleillées.... Sa réputation de clinicien et d'opérateur lui a valu la belle clientèle qu'il méritait.

Bien qu'il se soit spécialisé depuis 1908 dans les voies urinaires (service Civiale de l'hôpital Lariboisière), Marion est resté un *chirurgien très complet*. Dès 1900, il avait écrit entièrement de sa main un *Traité de technique chirurgicale* qui a obtenu un grand succès et qu'il a remanié et augmenté constamment dans les cinq éditions successives.

Les travaux de Marion sont très nombreux ; il serait fastidieux de les énumérer tous. Ils brillent par des qualités communes : la simplicité, la clarté, la précision.

Je citerai principalement dès 1895, à la *Société anatomique*, une note restée classique sur le *trajet de la vaginale* ; à la même Société, en 1899, un travail sur la *hernie inguino-superficielle* ; dans la *Revue de chirurgie* de 1897, un mémoire très intéressant sur le *sarcome de la langue* ; plus tard, un procédé opératoire pour intervention sur le cœur, un procédé de résection du genou sans ouverture de l'articulation.

Marion a imaginé pendant la guerre, avec Donion, un *repéreur* pour localiser les corps étrangers.

C'est surtout dans l'urologie que ses travaux ont laissé les traces les plus durables et qu'ils ont été, bien entendu, les plus nombreux.

Je rappellerai le travail avec Heitz-Boyer à l'*Association française d'urologie* en 1910 sur la réparation de l'urètre par suture bout à bout avec dérivation immédiate et temporaire des urines par urétrostomie, le traitement moderne des ruptures de l'urètre (*Journal d'urologie*, 1913), la résection des diverticules vésicaux (*Journal d'urologie*, 1913) la technique de la néphropexie et de la néphrectomie (*Ibid.*), la réparation des hypospadias balaniques, le tamponnement après prostatectomie, l'hypertrophie congénitale du col vésical, la cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale, dans le livre jubilaire du Professeur Forgue, l'épididymectomie dans la tuberculose génitale, etc.

Au Congrès de la lithiase urinaire tenu à Vittel en 1931, il a fait un rapport avec Abrami sur l'*Infection dans les calculs du rein*.

Deux ouvrages fondamentaux, véritables bréviaires des urologistes, ont été écrits par Marion : un *Traité d'urologie*, édité par la librairie Masson, dont la deuxième édition a paru en 1928, et, en collaboration avec Heitz-Boyer, un *Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral* dont la deuxième édition a paru à la même librairie en 1923.

Enfin la 6e *édition de son Traité de technique chirurgicale* vient de paraître, ou plus exactement le volume d'Urologie et de Gynécologie de ce Traité, à la librairie

LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

N. Maloine, car Marion a fait appel à la collaboration d'un certain nombre de ses collègues spécialisés pour la rédaction de cet ouvrage considérablement accru; il s'est réservé l'*urologie*. Dans le volume qui vient de paraître, la gynécologie a été écrite magistralement par René Toupet.

Ce livre est splendidement illustré; les figures originales, très nombreuses, dessinées si artistiquement par Moreaux, sont toutes parlantes et valent mieux que de longues descriptions ; des planches en couleur ajoutent à l'ensemble un cachet de luxe qui sera apprécié.

Marion s'y montre ce qu'il est toujours, simple, concis, clair ; il ne décrit que les procédés qu'il emploie; il met en valeur tous les détails utiles. Pour tout dire, c'est « du Marion et du meilleur » !

Marion est doué pour l'enseignement, il sait rendre clair ce qui est confus. Jamais professeur n'aura plus d'élèves et de plus enthousiastes.

ALBERT MOUCHET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1932.

Décès. — M. le président annonce le décès de M. Bernhard Bang (de Copenhague), associé étranger depuis 1900.

Notice. — M. RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. Luigi Pagliani (de Turin), correspondant étranger dans la 1re division depuis 1910.

La section des brides dans le pneumothorax artificiel. — MM. LÉON BERNARD et FRANCIS TRIBOULET résument les observations qu'ils ont recueillies au cours des sections de brides (opération de Jacobæus) pratiquées dans des pneumothorax artificiels depuis trois années.

Ils exposent plus particulièrement comment ils conçoivent les indications de cette intervention, qui doit à leur avis être appliquée le plus souvent de manière précoce, c'est-à-dire à des pneumothorax datant de trois à six mois, et qui sont demeurés inefficaces en raison de la présence de brides pleurales. Pour attester celle-ci, il convient, chaque fois qu'elle est soupçonnée, de pratiquer une pleuroscopie.

Ils passent en revue les différentes complications et insistent sur la symphyse aiguë post-opératoire, accident d'ailleurs rare et généralement évitable.

Ils apportent enfin les résultats qu'ils ont obtenus, et concluent que l'efficacité complète du pneumothorax avec disparition durable de l'expectoration bacillifère a été obtenue par eux dans plus de la moitié des cas (53 p. 100)

Vaccination antidiphtérique dans la population scolaire d'une grande ville. — M. P. POULAIN expose les résultats que l'on peut obtenir par la vaccination antidiphtérique systématique dans la population scolaire d'une grande ville (Saint-Etienne). Il est possible, par des moyens simples de propagande, avec l'aide du corps enseignant et d'un service d'inspection médicale des écoles bien organisé, d'obtenir dans les écoles maternelles d'une grande ville une proportion de 65 à 75 p. 100 d'enfants vaccinés contre la diphtérie.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon est inoffensive. Effectuée à la dose de 30 unités anatoxiques dans les externats scolaires, elle donne des résultats probants, diminuant dans de fortes proportions le nombre de cas de diphtérie et surtout leur gravité mais laisse encore survenir en milieu épidémique un certain nombre de cas bénins ; la mortalité est pratiquement nulle chez ces vaccinés.

Cette même vaccination, pratiquée à la dose de 40 à 50 unités, immunise d'une façon sûre, la morbidité et la mortalité ayant pratiquement disparu chez les enfants ainsi vaccinés.

L'emploi des pyréthrines. — MM. ANGLADE et GAUDIN relatent 3 nouveaux cas de parasitisme intestinal primitivement méconnu et guéri par les pyréthrines.

Dyspepsies par longues suppurations antérieures et guéries. — M. PAVIOT (de Lyon). — On peut rencontrer chez d'anciens grands blessés ayant eu de longues suppurations, des manifestations dyspeptiques à caractères particuliers qui méritent de retenir l'attention. Ce sont soit des dyspepsies du type tardif, acide et douloureux, soit des dyspepsies du type flatulent avec digestion lente, qui sont soignées depuis longtemps sans succès par les méthodes habituelles.

Certains de ces malades présentent, en outre, des céphalées à caractères migraineux ou non, ainsi que des troubles intestinaux, consistant en constipation rebelle ou en colite glaireuse ou muco-membraneuse.

La participation du foie à ces différents troubles se révèle aisément si on sait la chercher. Elle consiste soit en ictère infectieux bénin, soit en crises douloureuses de la région hépatique.

M. Paviot pense qu'il s'agit là de troubles dysepeptiques d'une nature un peu spéciale, troubles dont il faut chercher l'explication dans l'état humoral particulier que laissent après elles les longues suppurations et les résorptions des protéines altérées provenant des tissus du sujet lui-même ou des agents virulents.

Ces albumines étrangères et altérées ont constitué pour les albumines du sang du malade et des antigènes qui les ont fragilisées ou leur ont conféré un état d'anaphylaxie ; d'où une série de chocs successifs au cours desquels le foie et le système réticulo-endothélial ont été sans doute atteints.

En somme, il s'agit d'un état d'insuffisance de la fonction hépatique vis-à-vis de l'assimilation des albumines alimentaires et de l'élaboration ou de l'édification des protides du sérum et des tissus.

Cette hypothèse semble démontrée par la thérapeutique.

En effet, les malades sont améliorés et guéris par une thérapeutique antichoc (chlorure de calcium), en même temps que par un traitement aux extraits de foie et au cholagogue et par l'administration de peptones associées à l'adrénaline.

L'hérédité dans les malformations dentaires. — M. CAZENEUVE présente une note de M. Pont (de Lyon) précisant le rôle de l'hérédité dans les malpositions dento-maxil-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

laires. Après avoir établi la relation étroite entre la forme du crâne et les dimensions et forme de l'arcade dentaire, puis le rapport existant entre le diamètre de l'arcade et le diamètre des incisives, M. Font arrive à la conclusion pratique que l'intervention chirurgicale ou la non-intervention doit être commandée par les indications de l'hérédité. Les ortho-dentistes feront bien de traiter les lésions héréditaires dès le premier âge, dès qu'elles sont reconnues, tandis que pour les lésions acquises l'opérateur doit savoir attendre quelquefois, et, dans tous les cas, ne doit pas commencer son traitement avant la suppression de la cause.

Bactériologie. — M. Lignières. — Malgré la parenté étroite qui existe entre *Brucella melitensis* et *Brucella abortus*, le premier doit être considéré comme beaucoup plus dangereux pour l'espèce humaine que le second. Tous les efforts sanitaires doivent surtout se concentrer contre *Br. melitensis*, pour l'empêcher de se répandre au dehors de ses foyers habituels.

La contamination du bétail bovin et porcin par les chèvres malades de la fièvre méditerranéenne est un mode grave de diffusion de *Br. melitensis* et d'infection humaine ; s'il faut en croire les faits déjà connus, cette diffusion a pris dès maintenant des proportions inquiétantes en Europe et dans les deux Amériques. Une action énergique internationale est à souhaiter pour combattre *Br. melitensis.*

La réaction positive de Wright chez les bovidés n'est pas une preuve de la présence de *Br. abortus*, puisque *Br. melitensis* peut aussi infecter spontanément la race bovine.

Dans la prophylaxie contre *Br. abortus*, on pourra faire entrer la vaccination à l'aide de vaccins vivants ne contenant pas de *Br. melitensis*, mais seulement dans les localités où la maladie a été exactement diagnostiquée.

Pour les vaccins à microbes morts, dont l'action est certainement moins efficace, on pourra employer un mélange de tous les Brucella.

Valeur réciproque de l'inspiration et de l'expiration. — M. Marcille présente le résultat d'expériences qui montrent que, dans la respiration, l'expiration est plus puissante que l'inspiration. Cette démonstration prouve que (pour ce qui a trait à la défense de l'homme contre les gaz de guerre) les appareils isolants, peuvent être plus aisément employés que les appareils filtrants, car les isolants travaillent à l'expiration. C'est un fait particulièrement intéressant à mettre en lumière, les appareils isolants assurant une protection beaucoup plus efficace que les appareils filtrants. Du reste, ces expériences sont la confirmation de travaux déjà anciens des professeurs Hanriot et Richet, qui démontrèrent que, des deux temps respiratoires, le temps expiratoire est le plus fort.

Questions diverses. — M. Goris présente un travail sur l'altération spontanée des solutions de chlorhydrate d'héroïne.

M. Bailly adresse une note sur la destinée du carotène dans l'organisme animal.

La séance du mardi 12 juillet sera supprimée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juillet 1932.

Diagnostic entre anévrysme aortique et tumeur non vasculaire du médiastin par la kymographie. — MM. Aubertin, Delherm, Thoyer-Rozat et Fischgold, après avoir exposé les difficultés du diagnostic différentiel entre l'anévrysme de l'aorte et certaines tumeurs du médiastin, montrent l'apport de la méthode kymographique dans ce domaine.

Grâce à elle, le mouvement des organes est inscrit sur le film radiographique, permettant ainsi l'analyse des battements du cœur et des gros vaisseaux.

L'enregistrement des pulsations permet non seulement des recherches sur la cinématique des divers organes du médiastin, mais aussi une discrimination des contours, qui, sur le cliché ordinaire restent confondus.

Chez deux malades dont le diagnostic était hésitant entre tumeur et anévrysme, les auteurs ont appliqué la kymographie qui a permis de préciser la nature de l'affection.

Cette méthode doit être appliquée dans les cas où il existe une opacité pathologique en continuité avec l'image de l'aorte sous toutes les incidences.

Quand cette opacité est due à une affection indépendante de l'aorte, la kymographie, en inscrivant les crochets vasculaires, permet de distinguer l'aorte de la formation avec laquelle elle se confond.

Trois cas de néphrose lipoïdique avec autopsie. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty et A. Codounis rapportent trois observations anatomo-cliniques de néphrose lipoïdique. Dans les trois cas le syndrome néphrosique était surajouté à une néphrite qui évolua progressivement vers la forme azotémique et hypertensive.

A côté de facteurs étiologiques banaux (angine, grippe, grossesses), il faut noter qu'une de ces malades avait eu jadis une maladie de Basedow.

Le syndrome humoral a comporté, bien qu'à des degrés divers, les éléments habituels : corps biréfringents dans l'urine, hypoprotidémie avec hyposérinémie, hyperlipidémie, abaissement du rapport $\frac{\text{sérine.}}{\text{lipides}}$ La viscosité du sérum a été invariable, même après chauffage à 64°, sauf chez le premier malade où elle a très légèrement augmenté.

Les examens histologiques ont montré des lésions de néphrite diffuse, une surcharge lipidique prédominant au niveau des cellules de certains tubes contournés, et surtout, ils ont permis de voir que la lipoïdose débordait singulièrement le rein, puisque chez deux malades il existait une surcharge lipidique intense du foie et de l'aorte.

Ces observations soulèvent donc le problème des relations qui existent entre le trouble humoral et les lésions du rein.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et M. Laudat rapportent l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans qu'ils ont suivie depuis le début de son affection remontant à deux ans. Cette malade présente des œdèmes volumineux avec albuminurie importante, corps biréfringents dans les urines, tension artérielle normale, chiffre

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

d'urée sanguine normal, baisse des protides avec inversion du quotient albumineux du sérum, hyperlipidémie avec hypercholestérolémie. Les modifications apparentes du corps thyroïde avec métabolisme de base diminué autorisent à penser qu'on se trouve en présence d'un cas de maladie humorale d'Epstein. Cependant, les cylindres granuleux et les hématies dans les urines, l'absence d'amélioration à la suite du régime hyperazoté et du traitement thyroïdien, l'action favorable de la déchloruration pendant un temps, l'augmentation des œdèmes sous l'influence de la chloruration, sont autant d'arguments venant témoigner qu'il ne s'agit pas de néphrose lipoïdique pure, maladie humorale, mais qu'il s'agit d'une affection rénale avec syndrome humoral particulier.

Cette observation est une des plus typiques qui aient été rapportées de néphrose lipoïdique chez l'adulte. Mais, même dans un tel cas, on s'aperçoit qu'il existe, dès le début, en plus des signes humoraux, une atteinte rénale. Cette atteinte est des plus discrète depuis deux ans que dure l'affection.

Syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite azotémique. — MM. Pasteur Vallery-Radot et M. Albeaux-Fernet rapportent l'observation d'un malade de vingt-quatre ans qui présenta un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec fièvre, simulant en tous points une appendicite aiguë. Il fut hospitalisé d'urgence dans un service de chirurgie pour y subir une intervention. L'examen clinique et les recherches de laboratoire décelèrent une néphrite azotémique avec acidose. Les hémorragies intestinales témoignèrent d'ulcérations siégeant vraisemblablement sur le cæcum ou la partie terminale de l'iléon.

Les auteurs montrent l'intérêt de ce syndrome pseudo-appendiculaire au cours d'une néphrite azotémique.

Scarlatine biotropique après injection de sels d'or. — MM. Codvelle et R. Sohier rapportent l'observation d'un rhumatisant chronique, qui, neuf jours après une injection de $0^{gr},10$ de sels d'or, présenta une scarlatine typique authentifiée par le phénomène de Schultz-Charlton.

Le malade qui avait jusque-là, et malgré des contages répétés, paru immunisé contre la scarlatine, se trouvait au moment de l'apparition de l'éruption, dans des conditions d'isolement qui rendent improbable l'éventualité d'une contamination récente.

L'injection de sels d'or semble avoir agi soit en exaltant le virus scarlatin latent, soit en abaissant la résistance du sujet.

Les auteurs font remarquer en terminant que la notion de biotropisme, sans rien changer aux règles de prophylaxie anti-infectieuse, en exige le renforcement vis-à-vis de malades soumis à une cure chimiothérapique.

Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales, bronchite aurique. — MM. F. Coste, J. Forestier et J. Bourderon, à propos de la communication de M. Codvelle, décrivent certains accidents probablement biotropiques que l'emploi de l'aurothioglucose dans le traitement des polyarthrites leur a permis d'observer avec une certaine fréquence. Ils insistent en particulier sur les réactions focales articulaires, et sur l'existence de bronchites, susceptibles même de se compliquer d'infections pulmonaires sérieuses. Ils discutent la nature de ces infections et soulignent la nécessité de bien connaître ces accidents pour savoir les éviter et rendre plus maniables, dans le cas des rhumatismes chroniques, certains modes de chrysothérapie.

Une observation de cérébellite syphilitique. — MM. F. Coste et M. Bolgert rapportent le cas d'un homme de trente-trois ans qui, en pleine santé, fut pris de troubles de l'équilibre, d'amblyolpie. En quinze jours se constitua un grand syndrome cérébelleux avec tremblement, démarche ébrieuse, nystagmus, dysmétrie, etc. Les réflexes achilléens étaient abolis. Une paralysie faciale apparut au bout de quelques jours. Malgré l'absence de syphilis connue, les réactions de Bordet-Wassermann, etc., étaient pleinement positives dans le sang et le liquide cephalo-rachidien. Le traitement spécifique a rapidement fait regresser les troubles cérébelleux, mais la formule du liquide céphalo-rachidien ne subit pas la même évolution satisfaisante. Les auteurs rapprochent ce cas des quelques observations publiées d'ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique et en discutent le pronostic.

Etude de l'azotémie, de la chlorurémie et de la sécrétion urinaire, dans un cas d'infarctus rénal. — MM. A. Lemierre et Laudat.

Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride d'emblée avec polynévrite traitée par injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100. Amélioration. — MM. Laignel-Lavastine et P. George présentent une malade de trente-neuf ans qui, entrée à l'hôpital de la Pitié pour une suppuration chronique datant de deux ans, à type d'abcès putride d'emblée, et pour une polynévrite des membres inférieurs apparue un mois après le début des accidents pulmonaires, a été très améliorée par une série d'injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'expectoration, très abondante et fétide, se tarissait presque complètement en même temps que s'amélioraient les signes physiques et radiologiques. Parallèlement s'améliorait la polynévrite, et la malade, confinée au lit depuis deux ans, pouvait enfin marcher. Les auteurs discutent, à ce propos, l'étiologie toxi-infectieuse, à point de départ pulmonaire, de certaines polynévrites qu'on peut observer au cours de suppurations pulmonaires, et insistent sur l'heureuse influence des injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100 dans le traitement de ces manifestations suppuratives pulmonaires.

M. Sergent estime que la seule manière de traiter un abcès du poumon est de le détruire.

M. Rist a obtenu, dans deux cas, un résultat très favorable avec les injections d'alcool.

M. E. May souligne les bons effets de l'aspiration bronchique.

Granulie cancéreuse des poumons chez un tuberculeux opéré huit ans auparavant d'un cancer gastrique. — MM. Costedoat et Codvelle. — La lymphangite cancéreuse diffuse des poumons est un mode de généralisation des cancers gastriques dont on ne connaît que de rares observations. Le tableau clinique est le même que celui de la granulie bacillaire, mais l'évolution n'est pas fébrile et, sur de bons clichés, les vaisseaux lymphatiques des deux poumons se dessinent sous forme d'un réseau à mailles très serrées et très visibles.

La confusion entre cet état et la granulie commune est à peu près inévitable, surtout lorsque, comme chez le

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

malade dont MM. Costedoat et Codvelle présentent l'observation, les clichés radiographiques et les coupes histologiques, une tuberculose pulmonaire avait été identifiée avec certitude un an auparavant. Sur les coupes histologiques, le réseau lymphatique (péribroncho-vasculaire) était distendu par un torrent de cellules cancéreuses, les alvéoles étaient normales et on ne put trouver qu'un seul follicule tuberculeux, signature de la maladie antérieure. Peut-être cette dernière affection n'a-t-elle pas été étrangère à l'apparition et à la localisation si spéciale de la généralisation du cancer (linite plastique de la petite courbure de l'estomac) qui avait été opéré huit ans auparavant et n'avait nullement altéré la santé pendant ce long délai.

Un cas de maladie de Paget à détermination uniquement cranienne. — MM. SCHULMANN et P. MEILLAUD. — Il s'agit d'une femme de quatre-vingts ans, dont les déformations osseuses portent uniquement sur les os du crâne, à l'exception du massif facial et de tous les os longs. L'épaississement cranien est considérable et contraste avec l'exiguïté du massif facial. Les radiographies montrent un processus pagétique très intense, et l'épaisseur de la voûte atteint de 3 à 5 centimètres sur les clichés.

La malade est une ancienne syphilitique. L'étude du phosphore et du calcium sanguins ne fournit aucun renseignement utile, et l'interférométrie ne montre qu'un déficit global des glandes endocrines.

Les auteurs pensent que la maladie osseuse de Paget est souvent liée à la syphilis par un mécanisme indirect. Ils discutent le rôle du traumatisme dans le déclenchement et la localisation du syndrome, ainsi que la pathogénie de la surdité et de la chute des dents.

Endocardite maligne aiguë à méningocoque A. — MM. P. MELNOTTE et P. FORT rapportent l'observation d'un malade présentant à l'entrée un syndrome d'endocardite maligne aiguë à localisation aortique.

Hémocultures d'abord négatives, puis positives à méningocoque A. Evolution rapide sans signes surajoutés, en particulier aucun syndrome méningé. Sérothérapie tardive. Décès. M. B.

Séance du 8 juillet 1932.

Deux cas d'hydronéphrose à symptomatologie abdominale antérieure. — MM. CH. FLANDIN, A. ESCALIER, P. SOULIÉ et F. JOLY apportent deux observations d'hydronéphrose à symptomatologie purement abdominale antérieure.

La première simulait un abcès du foie, la seconde une splénomégalie. Tous les éléments de forme, de consistance, de siège ainsi que l'absence de contact lombaire et du ballottement transmis conduisaient à l'erreur de diagnostic qui ne fut évitée que par la ponction exploratrice. Dans les deux cas, l'intervention chirurgicale fut suivie de guérison.

Œdème aigu du poumon mortel au cours d'une encéphalite. — MM. F. BEZANÇON, ETIENNE BERNARD, L. DE GENNES et DELARUE rapportent l'observation d'une femme de trente-neuf ans atteinte de parkinsonnisme post-encéphalitique qui fit en 1930 une crise d'œdème pulmonaire. L'année suivante elle rentre à l'hôpital pour une nouvelle crise nettement aiguë.

Du 26 octobre 1931 au 25 janvier 1932, elle fait un certain nombre de crises qui, à la fin, deviennent subintrantes et finissent par entraîner la mort.

L'étude anatomo-clinique a révélé qu'il s'agissait de crises d'œdème aigu du poumon survenant sans l'entremise d'aucune lésion cardiaque, aortique ou rénale.

Ce document atteste l'importance parfois considérable des troubles respiratoires au cours de la névraxite et surtout il montre que l'œdème aigu du poumon peut être réalisé par des troubles vaso-moteurs commandés directement par les centres nerveux. Une telle observation est sans doute exceptionnelle, mais elle est une contribution à la pathogénie de l'œdème pulmonaire ou tout au moins elle souligne un des facteurs de son éclosion.

Tuberculose de l'adulte à localisations multiples. — MM. F. BEZANÇON, ETIENNE BERNARD, CÉLICE et WAHL.

Un cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — MM. PH. PAGNIEZ, A. PLICHET, et N.-K. KOANG relatent le cas d'un malade qu'ils ont eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine.

Il concerne un homme de trente ans qui, à la suite d'un travail chez un teinturier, dans une atmosphère contenant des vapeurs de tétrachlorure de carbone, fut pris de troubles gastro-intestinaux sévères, suivis, huit jours après, d'accidents néphrétiques. Ceux-ci se sont caractérisés par un œdème généralisé très important, une oligurie très marquée, une hypertension modérée et une azotémie s'élevant jusqu'à $3^{gr},75$.

Tous ces accidents ont regressé régulièrement en quatre semaines et paraissent n'avoir laissé aucun reliquat.

Il est intéressant de relever que deux autres ouvriers furent exposés aux mêmes conditions d'intoxication avec des résultats différents. L'un d'eux, qui n'avait séjourné, cependant, que quelques heures dans l'atmosphère toxique, a eu des accidents absolument analogues qui ont abouti à la mort ; l'autre, pour qui la durée de séjour avait été, au contraire, notablement plus longue, n'a eu que des troubles fugaces et peu importants qui ne l'ont pas obligé à s'arrêter.

L'emploi de plus en plus répandu du tétrachlorure de carbone, pour certains usages et en particulier comme solvant des graisses dans les teintureries et comme agent d'extinction des incendies, a multiplié, dans ces derniers temps, les cas d'intoxication. Celle-ci paraît, contrairement à ce qu'on avait pensé d'abord, une éventualité à envisager, même quand le térachlorure n'est pas mis en contact avec un foyer incandescent. Dans cette dernière condition, en effet, le tétrachlorure de carbone donne naissance à la production de phosgène dont on connaît les effets redoutables.

Syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth. — MM. SÉZARY et HOROWITZ rapportent l'observation d'un cas grave et très douloureux de syndrome de Raynaud, rebelle aux traitements usuels et en particulier à l'acétylcholine, qu'ils ont traité avec succès par deux séries d'injections de bismuth, sur la constatation d'une aréflexie achilléenne unilatérale, sans antécédents ni signes de syphilis. La guérison a subi victorieusement l'épreuve de l'hiver 1931-1932, pendant lequel le malade, boucher, exposait ses mains quotidiennement au froid de la gla-

cière. L'indice oscillométrique a été très amélioré. Ce cas est à ajouter à ceux, déjà assez nombreux, où les divers traitements antisyphilitiques ont guéri le syndrome de Raynaud.

Rhumatisme de Bouillaud et tuberculose. — MM. G. Paisseau et Jean Weill. — Le rhumatisme articulaire avec endocardite ou maladie de Bouillaud était resté en dehors des discussions soulevées par la question du rhumatisme tuberculeux lorsque les auteurs viennois Reitter et Löwenstein firent connaître leur procédé d'hémoculture permettant de déceler l'existence de bacillémies tuberculeuses au cours d'un très grand nombre de maladies de Bouillaud.

Les auteurs, ayant de leur côté obtenu un résultat positif par l'inoculation de sérosité pleurale et de sang, ont recherché la présence du bacille tuberculeux par l'inoculation et l'hémoculture dans un certain nombre de rhumatismes articulaires aigus avec endocardite.

Chez 9 sujets les inoculations de sang ont donné un seul résultat nettement positif, plusieurs des animaux inoculés ayant présenté des adénopathies bacillifères sans que les réinoculations aient permis d'obtenir un retour à la tuberculose typique.

Les hémocultures pratiquées à des stades divers chez 17 sujet sont donné un seul résultat positif où il s'agissait d'un bacilleparatuberculeuxnonvirulentpour les animaux de laboratoire.

Les résultats rapportés par Löwenstein concernant, à côté de bacilles de type humain, une importante proportion de bacilles acido-résistants de types divers, aviaires, paratuberculeux, il convient de faire des réserves sur la signification exacte des bacillémies observées au cours des polyarthrites aiguës avec endocardite.

Par contre, chez un malade atteint de maladie de Bouillaud typique, les inoculations faites avec le liquide pleural et le sang ont donné des résultats positifs concordants : un liquide pleural hémorragique prélevé au début de la maladie a provoqué une tuberculose d'abord atypique, qui, après trois réinoculations, a fait retour à la tuberculose généralisée du cobaye. Le liquide d'un nouvel épanchement pleural ultérieur contenait desbacilles acido-résistants qui n'ont pas tuberculisé l'animal. Les bacilles acido-résistants rencontrés dans ces conditions présentent des particularités qui les rapprochent surtout des formes filtrables du bacille tuberculeux.

Ces constatations bactériologiques rapprochées d'un certain nombre de particularités cliniques présentées par le malade permettent d'envisager la possibilité de maladies de Bouillaud réalisées par l'infection tuberculeuse.

Septicémie et méningite à entérocoque à point de départ otitique. — MM. Jame et Jude rapportent l'observation d'un indigène du Nord africain qui, après une période fébrile de nature indéterminée, présente une otite moyenne aiguë suppurée évoluant à bas bruit, àpartir de laquelle se déclencha toute une série de localisations septiques : sinus latéral, poumons, méninges. Un entérocoque typique fut isolé du sang, du foyer thrombophlébitique et du liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs envisagent la localisation rare de l'entérocoque au niveau de l'oreille moyenne à partir du rhinopharynx, le rôle important des infections otitiques latentes dans le déterminisme des septicémies dites cryptogénétiques, et font remarquer la discrétion des réactions cellulaires constatées au niveau du liquide céphalo-rachidien due probablement à la virulence du germe infectant démontrée par l'évolution rapidement mortelle et l'inoculation à la souris.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque B ; surinfection à streptocoque. — MM. L. Jame, A. Jude et R. Sohier apportent l'observation d'un jeune sujet atteint de méningite cérébro-spinale à forme suraiguë, amélioré par la sérothérapie spécifique et chez lequel s'est développé, après les accidents sériques précoces une surinfection à streptocoque hémolytique (culture, du liquide céphalo-rachidien et hémoculture positives).

Ils pensent que ce streptocoque est un germe de sortie fixé secondairement sur une méninge irritée ; la réaction sérique ayant peut-être une action favorisante.

Ils remarquent que ces infections secondes, parmi lesquelles celles à streptocoques demeurent assez rares, peuvent expliquer en partie les échecs de la sérothérapie antiméningococcique.

Anémie rhumatismale et formes anémiques de la maladie de Bouillaud. — MM. F. Meersseman, E. Friess et A. Lemaistre communiquent quatre observations de syndromesanémiques, qu'ils rattachent à la maladie de Bouillaud. La première concerne un sujet qui, ayant dans ses antécédents une atteinte de rhumatisme articulaire aigu présente une anémie à 3 360 000 hématies, qui cède rapidement au traitement salicylé. Dans les trois autres observations, le syndrome anémique, tantôt léger, tantôt plus grave (1 550 000 globules dans un cas), s'est installé au cours d'un épisode fébrile et s'est accompagné de douleurs rhumatoïdes plus ou moins vagues; la médication salicylée a eu une action heureuse et rapide sur l'anémie et l'ensemble des symptômes, alors que les traitements purement hématologiques n'avaient eu qu'un effet médiocre et lent. Les auteurs estiment que ces faits permettent de penser qu'il existe des formes anémiques de la maladie de Bouillaud et que, au moins pour certaines anémies fébriles cryptogénétiques, l'étiologie rhumatismale mérite d'être envisagée et le traitement salicylé mis en œuvre.

Le rôle du dolichosigmoïde dans la production des entérorragies. — M. A. Cain et Mme Barnaud. — On constate parfois des entérorragies de sang rouge dont l'abondance peut être assez grande pour mettre la vie en danger et qui méritent le nom de solitaires, car elles sont isolées, sans prodromes et le plus souvent monosymptomatiques. L'examen rectoscopique est négatif. En dehors des cas où un ulcère duodénal latent peut être décelé, l'examen radiologique a mis en évidence l'existence d'un dolichosigmoïde. L'hémorragie est révélatrice soit d'un volvulus, soit d'une sigmoïdite hémorragique.

Tuberculose du corps thyroïde et maladie de Basedow. — MM. Abrami, Baumgartner, Lichtwitz et Jean Weill présentent une malade atteinte de goitre exophtalmique typique, chez laquelle l'examen de la pièce opératoire révéla, à côté des lésions habituelles de la maladie de Basedow, la présence de nombreux follicules tuberculeux.

Cette observation pose à nouveau la question des rapports entre la maladie de Basedow et la tuberculose.

Les résultats du traitement de la maladie de Basedow par les rayons X. — MM. Marcel Labbé et Azerad.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. Ses résultats et son enseignement. — MM. Paul Jacquet et Léon Gally. — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique repose sur l'existence de trois signes associés dont l'apparition successive s'échelonne sur plusieurs semaines et dans l'ordre suivant : irritabilité rétractile du cæcum, point douloureux, encombrement baryté de l'iléon passé la sixième heure après la prise d'une repas baryté.

L'irritabilité rétractile du cæcum, très nette, existe seule au début. Le point douloureux de l'appendicite répond dans 80 p. 100 des cas non pas à l'appendicite, mais au défilé iléo-cæcal *et* dans 20 p. 100 des cas seulement à l'appendice lui-même. Les auteurs insistent sur l'importance de cette notion nouvelle et sur le caractère incertain qui résulte de la sensibilité localisée à l'appendice donnée jusqu'à présent comme le seul signe caractéristique.

Physiologiquement, d'autre part, chez le sujet normal l'iléon se vide quatre heures après la prise d'un repas baryté. L'existence d'un résidu iléal à la sixième, huitième et parfois à la dixième heure, résistant à l'action évacuatrice rapide du second repas pris au cours de l'examen, à la condition qu'il n'y ait pas de stase gastrique, est franchement pathologique. Souvent cette stase iléale appendiculaire s'accompagne d'hyperkinésie (fragmentation de l'image barytée de l'iléon, effacement spasmodique permanent de la dernière anse iléale, bulles gazeuses visibles dans les anses distendues).

Chez 400 malades présentant la triade radiologique qu'ils ont décrite et qui ont été opérés, les auteurs ont trouvé chaque fois des lésions macroscopiques très nettes, de type folliculaire.

Les auteurs insistent sur la fréquence insoupçonnée de ce syndrome anatomo-radiologique, souvent épisodique, spontanément curable et restant méconnu. Ils insistent également sur la participation du côlon, qui est quasi constante à toutes les époques de l'appendicite. La colite fait partie intégrante, en réalité, du complexe appendiculaire chronique au même titre que les lésions de l'appendice et ne saurait s'en dissocier.

Le diagnostic précis ne résout pas *ipso facto*, bien loin de là, le problème du traitement de l'appendicite chronique, qu'il permet de poser simplement sur des bases solides. Eclectique, échappant à toute systématisation, il dépend notamment dans ses modalités de la participation ou non d'autres organes au processus douloureux.

Kératodermie plantaire et palmaire chez une hypothyroïdienne. Guérison par la thyroïdine. — M.-J. C. Mussio Fournier (Montévidéo) rapporte l'observation d'une femme de soixante ans, manifestement hypothyroïdienne, et atteinte d'une kératodermie palmo-plantaire intense, sillonnée de fissures douloureuses. Le traitement thyroïdien fit disparaitre à la fois les troubles thyroïdiens généraux et la kératodermie.

Instabilité cardiaque familiale. — M. J.-C. Mussio Fournier (Montévidéo) rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle l'instabilité cardiaque apparaît comme une véritable méiopragie constitutionnelle familiale.

Méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoque A avec association du streptocoque. — MM. Plazy et Germain (Toulon) relatent un cas de méningite cérébro-spinale aiguë dans lequel la ponction lombaire décela, au deuxième jour de la maladie, conjointement du méningocoque A et du streptocoque. Guérison rapide après emploi copieux de sérum antistreptococcique de Vincent par voie intra rachidienne, intra musculaire et intraveineuse, et de sérum antiméningococcique polyvalent. Dans la convalescence, au milieu d'accidents sériques d'ailleurs bénins, apparut une orchiépédidymite unilatérale, d'origine probablement sérique.

M. B.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juillet 1932.

Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales après lipiprécipitation. — MM. M. Lœper, A. Mougeot, V. Aubertot (de Royat) et Brisson de Laroche (de Clermont) ont constaté que les acides gras (oléate, palmitate, stéarate de soude), qui précipitent certains cations des eaux minérales, n'arrêtent pas l'action diastasique. Les eaux minérales traitées conservent ainsi leur pouvoir zymosthénique. La méthode de lipiprécipitation des cations mise en lumière par les auteurs montre que, si le pouvoir phylactique appartient aux cations lipoprécipitables, le pouvoir zymosthénique appartient à d'autres éléments, puisqu'on ne peut invoquer la radio-activité, le *p*H, les cations plurivalents. Est-ce un état ionique divisé? peut-être colloïdal ? Y a-t-il des radiations inconnues ? L'énigme persiste encore. La lipiprécipitation n'a pas arrêté le pouvoir zymosthénique, aussi bien vis-à-vis des amylases que des oxydases directes (tyrosinase).

Accidents œdémateux provoqués par la prise nasale de poudre de lobe postérieur d'hypophyse chez un enfant atteint de diabète insipide par xanthomatose cranio-hypophysaire (maladie de Schuller-Christian). — MM. Lesné, J.-A. Lièvre et Boquien ont observé chez un enfant de trois ans et demi atteint de maladie de Schüller-Christian des accidents œdémateux (anasarque, ascite, hydrothorax, torpeur par œdème cérébral) quatre heures après la prise nasale de 2 centigrammes de poudre de lobe postérieur d'hypophyse ; ces accidents ont coïncidé avec une diminution de la diurèse et une augmentation pondérale de 1 600 grammes.

En reprenant le traitement par quatre ou six doses fractionnées de 5 milligrammes par vingt-quatre heures, la diurèse fut ramenée à un taux normal et il n'y eut pas d'accidents malgré de brusques ascensions de poids pouvant atteindre 2 kilogrammes.

Il est donc nécessaire de surveiller l'action du lobe postérieur d'hypophyse au cours du diabète insipide, même après prise nasale, et d'en fractionner suffisamment la dose quotidienne pour éviter de tels accidents : la dose médicamenteuse prescrite devra être suffisante, continue et inoffensive.

De l'immunité locale de la peau vis-à-vis de l'arsenic. — M. A. Besredka a constaté que les lapins dont la peau avait été antérieurement rasée présentent une immunité locale à l'égard de l'arsenic appliqué en friction. A la suite des frictions répétées avec de la crème arsenicale la peau acquiert une immunité spécifique. Cette immunité est strictement localisée à la région frictionnée et ne s'accompagne pas de formation d'anticorps.

(A suivre.) P.-F. Merklen.

NOUVELLES

Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne (*Marseille, 20 à 25 septembre* 1932). — Président du Congrès : E. Marchoux, de l'Académie de médecine, professeur à l'Institut Pasteur de Paris.

Vice-présidents du Congrès : MM. Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille ; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

Secrétaire général : Professeur H. Violle.

Secrétaire général adjoint : Dr Ch. Broquet.

Trésorier : Dr G. Baillière.

INSCRIPTIONS. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées de s'adresser à M. le Dr Georges Baillière, trésorier du Congrès, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). Tél. Dantou 01-40.

Elles devront ajouter à leur demande d'inscription le montant de leur cotisation, soit 100 francs. Le montant pourra être versé soit sous forme de chèque bancaire, soit sous forme de mandat-poste, soit au compte chèque postal du Congrès, Paris 166.082.

En réponse à leur envoi, il leur sera adressé leur carte de membre du Congrès qui leur servira à justifier leur identité sur les réseaux de chemins de fer français et les Compagnies de navigation accordant des réductions sur les prix de voyage.

RÈGLEMENT CONCERNANT LES RAPPORTS ET COMMUNICATIONS. — *Rapports.* — Les rapports devront être remis dactylographiés, en double exemplaire, avant le 1er juin 1932, et seront accompagnés d'un résumé pour la presse. Ils ne dépasseront pas 10 pages d'impression grand in-octavo. Les rapporteurs sont priés d'indiquer si leurs rapports seront accompagnés de projections ou de films cinématographiques.

Communications. — Les communications qui seront remises dactylographiées, en double exemplaire, avant le 1er juin seront imprimées et distribuées aux membres du Congrès. Elles ne pourront pas dépasser 5 pages d'impression. Les auteurs sont priés de joindre un résumé de 10 à 15 lignes pour la presse et d'indiquer si leurs communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques.

Avis important. — Toute communication non remise avant la clôture du Congrès ne sera pas imprimée, car le désir instant du Bureau est de distribuer les comptes rendus dans le plus bref délai possible après l'issue du Congrès.

PROGRAMME. — *Mardi 20 septembre.* — Matin, 9 heures : Séance solennelle d'ouverture au Grand-Théâtre, en présence de M. le président de la République.

Premier rapport : La spirochétose espagnole, par M. Sadi de Buen.

Discussion. Communications : Spirochétoses.

Après-midi, 2 heures : Communications : Démographie. Mouvements de la population. Émigration. Immigration.

Mercredi 21 septembre. — Matin, 9 heures : Deuxième rapport : La fièvre ondulante, par M. Burnet.

Discussion. Communications : Mélitococcies.

Après-midi, 2 heures : Communications : Météorologie. Climatisme. Urbanisme. Génie sanitaire. Hygiène du rivage le long des mers sans marée. Questions connexes d'hydrologie et de géologie.

Jeudi 22 septembre. — Matin, 9 heures : Quatrième rapport : La dengue, par M. Blanc.

Discussion. — Communications : Fièvre à pappataci. Fièvre jaune.

Après-midi, 2 heures : Communications : Leishmanioses, Paludisme, Bilharziose, Fièvre typhoïde, Variole.

Vendredi 23 septembre. — Matin, 9 heures : Troisième rapport : Des procédés modernes de dératisation des navires, par M. Lutrario.

Discussion. Communications : Lutte contre les rongeurs. Rats. Puces. Peste.

Après-midi, 2 heures : Communications : Trachome. Lèpre. Tuberculose. Maladies vénériennes.

Après la séance, au cours de la visite des ports, il sera fait une démonstration pratique de dératisation d'un navire.

Samedi 24 septembre. — Matin, 9 heures : Cinquième rapport : La fièvre exanthématique méditerranéenne, par M. Olmer.

Discussion. Communications : Fièvres exanthématiques. Typhus exanthématique.

Après-midi, 2 heures : Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

Résolutions.

RÉCEPTIONS. EXCURSIONS. — MM. les délégués et MM. les membres du Congrès seront reçus officiellement à la Faculté de médecine, à l'hôtel de ville, à la Chambre de commerce. Des visites de la ville et de ses environs auront lieu pendant le Congrès et des excursions sont prévues aux villes d'art de Provence pour le dimanche 25 et le lundi 26.

Un Comité de dames organisera des promenades et des thés pour les femmes et les filles des membres du Congrès.

Les membres du Congrès sont priés de bien vouloir retirer avant la séance d'ouverture la pochette qui, dès le lundi 19 septembre, sera déposée à leur nom au Secrétariat du Congrès à la Faculté de médecine, Palais du Pharo (tél. Dragon 11-83). Ils trouveront dans cette pochette le programme détaillé des réceptions, des visites et des excursions et toutes indications pouvant leur être utiles pendant le Congrès.

FACILITÉS DE TRANSPORT. — *Compagnies de chemins de fer.* — Les grandes Compagnies de chemins de fer français accordent aux membres du Congrès, français et étrangers, qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance, ainsi qu'à leurs femmes et filles, non mariées, les accompagnant, une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour). Les autorisations sont valables à l'aller, du 15 au 25 septembre inclus ; au retour, du 20 septembre au 10 octobre 1932 inclus.

Compagnies de navigation. — La Compagnie Générale Transatlantique (Algérie et Tunisie seulement) et la Compagnie de Navigation Mixte (Touache) accordent aux membres du Congrès une réduction de 20 p. 100, et la Compagnie Fraissinet une réduction de 50 p. 100 (nourriture et péages non compris) sur le montant des

NOUVELLES *(Suite)*

traversées aller et retour en limitant à un mois la durée de validité du coupon de retour.

Pour tout ce qui concerne leur voyage (billets de chemins de fer, réductions, hôtels, excursions), les membres du Congrès trouveront tous renseignements complémentaires auprès de l'Agence des Voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Pour tous autres renseignements, s'adresser : à Marseille, au Secrétariat du Congrès, Faculté de médecine, Palais du Pharo (tél. Dragon 11-83) ; à Paris, au Dr Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain (VIIe) (tél. Littré 86-10).

LANGUES OFFICIELLES. — Les langues admises au Congrès sont : l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien. Les discussions en séance ne seront traduites oralement que sur demande. Les membres du Congrès sont priés de se servir autant que possible du français afin de faciliter les échanges de vues.

SERVICE DES VOYAGES, LOGEMENTS, EXCURSIONS. — Un bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance dans les principales langues toutes les indications utiles aux membres du Congrès régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des Voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier).

Le même service fonctionnera à Marseille pendant la durée du Congrès.

1° *Voyages.* — Facilités prévues. Transports. Réductions sur les chemins de fer français (voyage direct). Les grandes Compagnies de chemins de fer français ont accordé en faveur des congressistes, ainsi qu'à leurs femmes et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 50 p. 100 moins l'impôt 15 p. 100, sur le prix du voyage, de leur gare de départ en France à Marseille et retour (plein tarif à l'aller, gratuité au retour).

Validité des bons : A l'aller : du 15 septembre au 25 septembre inclus ; au retour : du 20 septembre au 10 octobre inclus.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de remplir et de transmettre en temps utile le questionnaire que l'on trouvera plus loin.

Réductions sur les compagnies de navigation : Compagnie Générale Transatlantique : 20 p. 100 sur le montant de deux billets simples, sur les lignes Algérie et Tunisie seulement (validité des billets ramenée à un mois). — Compagnie de Navigation Mixte (Touache) : 20 p. 100 sur le montant de deux billets simples (validité amenée à un mois). — Compagnie Fraissinet : 50 p. 100 sur le montant de deux billets simples (nourriture et péages non compris).

Pour obtenir ces différentes réductions, les congressistes devront se présenter aux agences locales des différentes compagnies, porteurs de leur carte de congressistes.

2° *Logement.* — Logement à Marseille (hôtels) : les prix moyens suivants ont pu être fixés pour le séjour à Marseille durant le Congrès par jour et pour la chambre seule.

Hôtels et adresses.	1 lit sans bain.	1 lit avec bain.	Grand lit sans bain.	Grand lit avec bain.	2 lits sans bain.	2 lits avec bain.
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
Hôtel de Noailles, 64, Canebière		60		70		100
Louvre et Paix, 55, Canebière	30-40	40-50	40-50	50-60	50-60	60-70
Grand Hôtel	40	70	55	75	60	90
Splendide, 61, boulevard Dugommier	35-50	60-70	50-65	75-90	55-70	85-105
Régina	25-30	45-50	35-40	50-55	35-45	55-60
	Taxe de séjour : 3 francs. — Service 10 p. 100. Hôtel de Noailles, service 12 p. 100.					

Les personnes désirant qu'une chambre leur soit réservée devront donner sur le questionnaire que l'on trouvera plus loin :

1° Leur nom et leur adresse ainsi que leur date d'arrivée à Marseille et spécifier si elles sont accompagnées d'une ou plusieurs personnes ;

2° Le genre d'hôtel où elles désirent qu'une chambre leur soit réservée ;

3° Pour que cette réservation soit faite d'une façon ferme, prière de bien vouloir joindre à la demande définitive le montant du prix de la chambre la première nuit dont reçu sera envoyé et qui sera porté au crédit du compte à l'hôtel désigné sur la quittance.

Réceptions officielles, visites, excursions. — Les membres du Congrès trouveront dès leur arrivée à Marseille, au Secrétariat général, Faculté de médecine, Palais du Pharo, leur pochette contenant le programme des réceptions officielles à la Faculté de médecine, à la mairie, à la Chambre de commerce, des banquets, etc., ainsi que des visites en ville et aux environs (visites des hôpitaux, de la Santé, du port, de la rade, d'un navire, etc.).

Un Comité de dames organisera des promenades et des thés pour les femmes et les filles des membres du Congrès.

3° *Excursions.* — Excursion offerte aux membres du Congrès, dimanche 25 septembre, excursion en Provence.

Dimanche 25 septembre. — Départ en autocar de Marseille. Points probablement visités : Saint-Rémy-les-Baux, Arles, Étang de Berre, etc.

L'itinéraire détaillé de cette excursion sera remis aux membres du Congrès, dès leur arrivée, au Secrétariat.

Pour les membres du Congrès disposant d'un peu plus de temps, l'excursion suivante a été prévue : la Côte d'Azur et la Corse.

Lundi 26 septembre. — Départ en autocar à 8 heures du siège des autocars P.-L.-M., 7, boulevard Garibaldi, pour le col de la Gineste, Cassis, la Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, le Lavandou (déjeuner), Sainte-Maxime

NOUVELLES *(Suite)*

Saint-Raphaël, Cannes, Juan-les-Pins. Arrivée à Nice vers 18 h. 30. Conduite à l'hôtel, dîner, installation.

Mardi 27 septembre. — Matinée libre. Embarquement à 11 h. 30 (déjeuner à bord). En mer. Arrivée à Calvi à 19 h. 15. Débarquement. Transfert à l'hôtel, dîner installation.

Mercredi 28 septembre. — Matinée libre. Départ en autocar de Calvi à 14 heures pour le col de Palmarella, golfe de Porto, les Calanques et Piana. Transfert à l'hôtel, installation.

Jeudi 29 septembre. — Départ en autocar à 9 heures pour Sagone, col de San Bastiana et Ajaccio où l'on arrivera pour déjeuner. Transfert aux hôtels. Après-midi visite de la ville.

Vendredi 30 septembre. — Départ en autocar à 8 h. 30 pour Bocognano, Vivario, Corte (déjeuner), Porte Nuovo et Bastia. Arrivée vers 17 heures. Transfert à l'hôtel, installation.

Samedi 1er octobre. — Départ vers 9 heures par Santa Severa, col de Sainte-Lucie, Pino et Albo (déjeuner), puis golfe de Lozari, Ile Rousse et Calvi. Transfert à l'hôtel, installation.

Dimanche 2 octobre. — Embarquement à 7 heures sur le paquebot-yacht *Ile de Beauté*. Déjeuner à bord. Débarquement à Marseille à 17 heures. Fin du voyage.

Toutes dépenses comprises de Marseille à Marseille en 1re classe, et les meilleurs hôtels en Corse : 1 450 francs par personne.

Voyages Particuliers. — Les personnes désirant profiter de leur déplacement pour faire un voyage particulier, soit en France, soit en d'autres pays, obtiendront des indications sur la meilleure combinaison des billets à utiliser en indiquant, dans leur demande, les points par où ils ont l'intention de passer pour se rendre à Marseille ou pour en revenir.

Pendant la durée du Congrès, le Bureau de tourisme qui sera établi au siège même des séances, Faculté de médecine, Palais du Pharo, assurera :

a. Un service spécial pour le change, les passeports et la correspondance qui pourra être adressée au Secrétariat, Faculté de médecine, Palais du Pharo. Ceci évitera aux intéressés l'ennui d'aller au bureau de postes souvent éloigné, où l'on ne parle pas les langues étrangères, et d'y attendre leur tour devant les guichets.

b. Renseignera sur toutes les questions touristiques et, en particulier, sur les itinéraires prévus après le Congrès.

IIe Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique (Londres, 19-22 juillet 1933). — *Bureau du Congrès.* — Président : M. le professeur Nové-Josserand (Lyon) ; vice-présidents : MM. les professeurs) ; Murk-Jansen (Leyde), Gocht (Berlin), Putti (Bologne) ; secrétaire général : M. le Dr Delchef (Bruxelles) ; secrétaire : M. le Dr Platt (Manchester) ; trésorier : M. le professeur Maffei (Bruxelles).

PROGRAMME. — Les séances auront lieu dans les locaux de la Société royale de médecine.

Mercredi 19 juillet. — 14 heures : Réunion du Comité international ; 16 h. 30 : Assemblée générale ; 20 h. 30 : Réception par le président.

Jeudi 20 juillet. — 9 h. 45 : Discours du président, 10 h. 30 : Étude de la première question à l'ordre du jour : *Le mécanisme des mouvements articulaires en général.* Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), della Vedova (Italie), Scherb (Suisse) ; 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux ; 20 h. 30 : Réception par le Collège royal des chirurgiens.

Vendredi 21 juillet. — 9 heures : Étude de la deuxième question à l'ordre du jour : *Le traitement des coxites tuberculeuses.* Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche), Maffei (Belgique), Henderson (États-Unis d'Amérique), Sorrel (France) ; 14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux ; 19 h. 45 : Banquet par souscription.

Samedi 22 juillet. — 9 heures : Communications particulières ; 14 heures : Visite de l'hôpital orthopédique d'Alton.

Pendant la durée du Congrès, un comité de dames anglaises organisera la visite de Londres pour les femmes des congressistes.

A l'issue du Congrès, un voyage d'une durée de quatre ou de huit jours au choix des congressistes aura lieu en Grande-Bretagne.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus au Secrétariat général de la Société, 34, rue Montoyer, à Bruxelles.

Union internationale contre la tuberculose. — La VIIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à La Haye du 6 au 9 septembre 1932, sous le haut patronage de S. M. la Reine-Mère des Pays-Bas, et sous la présidence du professeur Nolen, futur président de l'Union internationale contre la tuberculose. La séance de clôture aura lieu à Amsterdam. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Questions biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité* ; rapporteur professeur Jules Bordet (Bruxelles) ; question clinique : *La chrysothérapie* ; rapporteur : professeur Luis Sayé (Barcelone) ; question sociale : *L'assistance post-sanatoriale* ; rapporteur : Dr B. H. Vos (Hollande). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 40 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières dureront jusqu'au mercredi 14 septembre et feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Hollande ainsi que les sites les plus renommés de ce beau pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, par l'intermédiaire de leur gouvernement ou Association nationale, directement au Comité d'organisation de la Conférence à l'adresse suivante : International Tuberculose Congrès, 1932, Riouwstraat, 7, La Haye (Pays-Bas).

Co-rapporteurs. — *Première question* : professeur H. Aldershoff (Utrecht) ; professeur S. Lyle Cummins (Cardiff); professeur Jules de Daranyi (Budapest) ; professeur Debré (Paris) ; M. K. A. Jensen (Copenhague) ; professeur R. Kimla (Prague) ; professeur Bruno Lange (Berlin) ; professeur Donato Ottolenghi (Bologne) ; M. Arvid Wallgren (Gothembourg) ; M. William Charles White (New-York).

NOUVELLES *(Suite)*

Deuxième question : M. J. Burns Amberson (New-York); M. Ameuille (Paris) ; professeur Bocchetti (Rome) ; M. L. S. T. Burrell (Londres) ; professeur Knud Faber (Copenhague) ; M. Jaquerod (Leysin) ; professeur Wilhelm Neumann (Autriche) ; professeur R. Reneki (Lwow); M. G. Schröder (Schömberg) ; professeur Jean Valtis (Athènes).

Troisième question : M. Julio Blanco (Espagne); M. E. Bressky (Prague); M. Brieger (Breslau) ; M. R. Courtois et M. E. Olbrechts (Bruxelles) ; M. Guinard (Bligny) ; M. Nils Heitmann (Oslo) ; professeur Eugenio Morelli (Rome) ; M. H. A. Pattison (New-York) ; M. D. A. Stewart (Canada) ; M. Harley Williams (Londres).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence» doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 15 florins hollandais, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 11 *Juillet.* — M. Briceno Iragorry, Etude du ralentissement des affections générales sur les phanères. — M. Dausse, Essai sur les difficultés de la médecine. — Mme Paula Dreyfuss, A propos des hémorragies observées en pratique dentaire, essai de classification des maladies hémorragiques. — M. Leroux, Etude des carences médicales. — M. Azema, Les spondylolisthésis. — M. Savelli, La méningocèle. Forme rare de spina bifida cystica.

12 *Juillet.* — M. Boquet, Etude du syndrome du Spurway-van-der-Hoève. — M. Raffray, Intérêt de quelques tests pour le diagnostic de certaines formes de tuberculose aiguë. — M. Desourteaux, Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire aigue. — M. Marchand, Etude des insuffisances aortiques fonctionnelles. — M. Foulon, La place nasologique de la lymphagranulomatose. — M. Bouthillier, Le débit cardiaque. — M. Spector-Itig, Utilité de la recherche du réflexe oculo-cardiaque pour régulariser les anesthésies générales. — M. Durrmeyer Jean, Considérations cliniques et thérapeutique sur les états hyperthyroïdiens et les troubles gastriques. — M. Germon, Intoxication mortelle par l'apiol. — M. Pinus Rubin, Sur un nouveau cas d'association de lymphogranulomatose maligne et de tuberculose. — M. Ricoux, Etude de la motricité intestinale, application à la thérapeutique et à la pathogénie des constipations fonctionnelles. — M. Seigneury, Sur une observation d'anthracose pulmonaire. — M. Ayzenstein Khaya, Etude histo-physiologique des effets vasculaires de quelques glandes endocrines. — M. Kaiser Itic, Etude des septicémies à bacilles de Friedländer. — M. Lubas, La maladie de Kussmaul et Maier, périartérite noueuse. — M. Meidinger, Influence des facteurs atmosphériques sur les maladies infectieuses. — M. Stern (Hermann), Etude sur l'évolution de la protection légale de la maternité en France. — M. Le Van Tinh, Le paludisme en Cochinchine et sa prophylaxie. — M. Valot, Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde. — M. Ascher, Etude du traitement de l'hypertension artérielle de la ponction lombaire. — M. Bornstein, Sur des formes d'association entre catatonie et parkinsonisme dans les névraxites. — M. Chaimbegelnicki, Considérations sur l'étiologie de la psychose périodique. — M. Silvian Berl, Les psychoses spirites. — M. Bembaron (Victor), Essai sur la pathogénie du doigt hippocratique. — M. Momblot (Jean), Pierre Martin de la Martinière, 1634-1676, médecin empirique du XVIIe siècle. — M. Brun, Etude du traitement des lepromes cutanés par la neige carbonique. — M. Le Baron, Bismuthothérapie et cryothérapie dans le traitement du lupus érythémateux. — M. Serbaneiro, Les nodosités sous-cutanées des enfants. — M. Alex Melun, Galien. — M. Etienne Polacco, A quel âge contracte-t-on la syphilis ? — M. Parent, De la suture du rectum au crin de Florence au cours des périnéorraphies par déchirure compliquée du périnée. — M. De Soria, La réaction de Vernes à la résorcine chez les tuberculeuses gravides. — M. Camard (Jean), Les tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses digitales. — M. Quilichini, Etude des ruptures musculaires du quadriceps fémoral. — M. Amiard, Etude du traitement opératoire de l'hallux-valgus. — M. Mégnin, L'apicolys sans plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Maly, Etude du raccourcissement du fémur sain dans la grande boiterie.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

18 Juillet. — *Paris.* Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie.

19 Juillet. — *Orléans.* Concours de l'internat des hôpitaux d'Orléans.

20 Juillet. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin adjoint du sanatorium de Saint-Hilaire du Thouvet.

25 Juillet. — *Paris.* Congrès quinquennal international d'homœopathie.

25 Juillet. — *Bruxelles.* Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

27 Juillet. — *Limoges.* Inauguration du monument à la mémoire du professeur Gilbert-Ballet.

1er Aout. — *Vichy.* Clôture des inscriptions pour le Congrès international de la lithiase biliaire.

15 Aout. — *Copenhague.* Congrès de la lumière.

17 Aout. — Voyage médical au Canada et aux Etats Unis (*Univers médical*).

21 Aout. — *New-York.* Congrès international d'Eugénique.

22-27 Aout. — *Copenhague.* Congrès internationa de psychologie.

29 Aout. — *Rome.* Congrès international de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andrea delle Dame, Naples, 21).

5 Septembre. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

CHRONIQUE DES LIVRES

Formulaire Bouchardat (*Trente-septième édition*, entièrement refondue), par les professeurs A DESGREZ et F. RATHERY Prix : 40 fr. (*Alcan, éditeur, Paris*, 1932).

L'éloge du formulaire magistral de Bouchardat n'est plus à faire. Des générations de médecins y ont puisé les plus précieux renseignements thérapeutiques. Depuis plus de quatre-vingt-dix ans, trente-six éditions, successivement mises au point par A. Bouchardat, puis par son fils G. Bouchardat et par son petit-fils F. Rathery, ont été épuisées ! Cependant, depuis le jour où ce formulaire parut pour la première fois, que de bouleversements et que de nouveautés thérapeutiques ! Une refonte générale de l'ouvrage s'imposait, et c'est ce rajeunissement de l'œuvre familiale que vient d'achever le professeur Rathery, aidé de la collaboration du professeur Desgrez, en publiant cette trente-septième édition.

Le professeur Desgrez, professeur de chimie à la Faculté de médecine, a remis au point la partie chimique et les formules, tout en conservant le plan de A. Bouchardat. Il s'agit toujours d'un formulaire magistral, dans lequel le médecin peut trouver toutes les indications nécessaires pour établir des formules rationnelles. Contrairement au plan adopté dans la plupart des formulaires, les médicaments sont classés non pas par ordre alphabétique, mais d'après *leurs propriétés* : médicaments névrotropiques, stimulants, expectorants, émétiques, aphrodisiaques, emménagogues, purgatifs, sudorifiques, contro-stimulants, antiphlogistiques, toniques, astringents, altérants, révulsifs, parasiticides, etc. Il est fatal, avec une telle présentation, qu'un même médicament soit étudié sous diverses rubriques, mais les auteurs ont pris soin d'annexer une table des matières très complète qui indique entre parenthèses et en caractères gras les pages qui correspondent plus spécialement à la posologie.

Le professeur Rathery, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine, a, de son côté, remis à jour la thérapeutique proprement dite. Il a rédigé tout un ensemble de chapitres, portant sur le *médecine thermale*, les *médications biologiques*, les *agents physiques*, les *régimes*, l'*hygiène et la prophylaxie*, les *intoxications* etc., etc. Le *mémorial thérapeutique* a été complètement remanié, de telle sorte qu'on peut y trouver tous les renseignements nécessaires au traitement des maladies, classées par ordre alphabétique.

Les auteurs se sont adjoint la collaboration du Dr H. Desgrez, radiologiste des hôpitaux, pour la rédaction des chapitres concernant la thérapeutique par l'électricité et par les radiations, et celle du Dr Larjeau pour la thérapeutique psychiatrique.

Ce livre, qui renferme près de 1 000 pages et plus de 6 000 formules, est plus qu'un formulaire : c'est un véritable livre de thérapeutique, qui, sous une for me con cise, contient tout ce qui est utile à l'exercice de notre profession.

Pour mettre à jour cette édition complètement rénovée, les auteurs ont fourni un effort de travail et de rédaction considérable. Ils ont voulu rester fidèles aux idées directrices du créateur du formulaire et faire œuvre à la fois utile et pratique. On peut les assurer que leur but a été pleinement atteint.

P. HARVIER.

Hypertention artérielle, par V. LASSANCE. 1 vol. in-8 de 310 pages, 35 francs (*N. Maloine, éditeur, Paris* 1931).

C'est en clinicien que l'auteur a envisagé la question de l'hypertension artérielle.

Quelques pages de physiologie exposent ce qu'est la pression sanguine et font comprendre comment et pourquoi survient l'hypertension artérielle.

Puis sont étudiés les divers problèmes cliniques que soulèvent les nombreux malades hypertendus que l'on rencontre : comment mesurer la tension artérielle ? quelle est la valeur et la signification des chiffres ? comment interpréter les différents types sphygmomanométriques ?

Après avoir exposé les petits troubles et les grands accidents qui tourmentent la vie des hypertendus, l'auteur décrit toutes les recherches qui doivent nous renseigner sur l'état des organes ordinairement menacés comme le cœur, les reins, les artères, etc.

De cet examen complet, des données de l'étiologie et de l'évolution se dégagent quelques types d'hypertendus pour lesquels il est facile d'établir un pronostic judicieux et un traitement logique.

Thérapeutique médicale. T. IV. **Poumons et tuberculose**, par le professeur LŒPER, TANON, TURPIN, LÉON BERNARD, NÈGRE, BOQUET, SERGENT, BUSQUET, HALBRON, COURCOUX, RICHET fils, GUINARD et VILLARET. 1 vol. in-8 de 380 pages avec 51 figures. Prix : 50 fr. (*Masson et Cie éditeurs*, 1932).

Ce quatrième volume de la collection « Thérapeutique médicale », que publie le professeur Lœper, renferme les leçons professées à la chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine sur le traitement des *maladies de l'appareil respiratoire*.

Le professeur Lœper s'est chargé du traitement des maladies non tuberculeuses du poumon. Le traitement des laryngites, les médications de la toux, les expectorants, le traitement des hémoptysies, l'antisepsie pulmonaire, le traitement des pneumopathies aiguës, des gangrènes pulmonaires et de l'asthme sont exposés successivement.

Le traitement des maladies tuberculeuses du poumon a été confié à des phtisiologues et des médecins spécialisés particulièrement compétents : Hygiène individuelle dans la prévention de la tuberculose (L. Tanon) ; Vaccination contre la tuberculose (Turpin) ; Chimiothérapie de la tuberculose (L. Bernard) ; Antigénothérapie (L. Nègre et Boquet) ; Pneumothorax thérapeutique (Rist) ; Indications du traitement chirurgical (Sergent) ; Les antithermiques (Busquet) ; Les médications toniques (Halbron) ; Le traitement des troubles digestifs (Courcoux) ; Le régime des tuberculeux (Ch. Richet) ; L'organisation et le fonctionnement d'un sanatorium (Guinard) ; Les indications des cures climatiques et hydrologiques (M. Villaret).

Cette sèche énumération suffira à montrer l'intérêt de ce volume et à faire ressortir l'importance des questions de thérapeutique étudiées.

VARIÉTÉS

UN MÉDECIN POÈTE ET PHILOSOPHE

LE DOCTEUR HENRI CAZALIS

d'après Herminée Howyan

Du Nord et du Midi, par atavisme, Henri Cazalis tenait ses dons différents. Enthousiaste et mélancolique, confident de la douleur, d'une maturité peu commune, bien que doué d'un esprit très vif, il fait paraître à vingt ans un volume de vers. « C'est un livre et un sanglot », dira-t-on... étrange nature, comprimée dès l'enfance, indifférent aux deux religions protestante et catholique qui le réclamaient : « Avant la vingtième année, j'avais perdu la foi, dit-il, mais par piété, peut-être pour la mémoire d'une mère vénérée, je n'ai cessé de garder à l'Église catholique, tout agnostique et presque athée que je fusse, ma gratitude, mon respect, mon admiration. Je ne pouvais oublier ce qu'il y eut de grandeur et de vraie beauté à certaines époques en son ordre et sa discipline et le bien qui en sortit. Je ne pouvais oublier davantage que, peut-être, aucune religion au monde n'a produit une telle floraison d'âmes saintes, qu'aucune, non plus, n'a fait naître, et pendant des siècles, une éclosion d'art comparable à l'art religieux roman, byzantin, ogival, à celui de nos cathédrales, de nos églises que je préfère à tous les temples grecs, fût-ce la plus belle et la plus sévère époque, ceux de Poestum, de Sicile, de Grèce, tous à peu près les mêmes, grands, sans doute, mais monotones... *Ma critique, comme celle de Lamartine, c'est l'art d'admirer...* »

Et il admire, en poète, en artiste, en philosophe.

Ses goûts, plutôt sa famille, le destinèrent, en premier lieu, au Droit. Docteur en droit, puis avocat, il a le regret de la médecine qu'il aborde tardivement, partageant alors son temps entre l'hôpital et l'art : « *Cette existence avec de tels contrastes, ne cessait d'éveiller ou d'entretenir en moi des mélancolies, des effrois et des joies, des enthousiasmes aussi, puisque les deux faces de la vie, la sombre et la rayonnante, continuellement de la sorte, m'apparaissaient tour à tour.* »

C'est à cette époque que l'Illusion parut... il fréquente un milieu d'artistes, il en aime la flamme et les rêves, collabore au premier *Parnasse* avec Theuriet, Sully Prud'homme, etc. Cela, d'ailleurs, ne l'empêchait pas de poursuivre brillamment ses études de médecine comme interne des hôpitaux et d'être l'élève préféré de Peter et de Vulpian.

« En l'année bien dite, l'année terrible (1), Cazalis est médecin. Il s'acharne au devoir de secourir et de panser. Je rappellerai ici un incident tout à son honneur. Cela se passe à Versailles. Les blessés, les malades, tous les affreux déchets de la guerre surabondent dans la ville royale. Cependant les grands chefs de l'armée allemande vont venir. Leur caprice orgueilleux est de faire leur hôtellerie du palais de Louis XIV. Un vainqueur, un envahisseur s'est promis de coucher dans la chambre du grand roi. A cette nouvelle, Charton, maire provisoire de la ville, s'indigne. Cazalis s'émeut, mais aussi il s'ingénie. Il a, enfin, obtenu, après bien des instances, de présider la section redoutable des typhiques, des fièvreux de contagion certaine. Le docteur précédent a déjà succombé. Et en toute hâte, Cazalis fait transporter au palais ses malades complices de la mort... Garnison dolente, mais qui fait reculer les envahisseurs. »

C'est sous le pseudonyme de Jean Lahor, que nous le retrouvons, poète de talent, en même temps qu'il signe de son nom des travaux médicaux ou sociologiques... De ces deux hommes, le poète et le médecin, réunis en un seul sur le plan fourni par la Science et dirigé vers la Beauté, il nous reste des chants sublimes.

Praticien, littérateur, poète, historien, travailleur infatigable, portant une foi absolue en l'évolution, il avait horreur de l'inertie. Ni la fortune, ni le succès, ni les joies de son foyer, rien ne parvint jamais à le distraire de son énorme labeur.

« Il venait de poser sa candidature au fauteuil vacant de François Coppée à l'Académie française, lorsqu'il tomba malade, et c'est même parce qu'il était malade qu'il fut privé de l'immortalité académique. *Il aura l'immortalité tout court* », dit de lui Frédéric Masson.

Il mourut en 1909 dans le calme et la sérénité, emportant le regret de tous ceux qui l'avaient connu.

***

Mais si Cazalis fut un excellent médecin, un remarquable poète, il fut aussi un sociologue de premier plan.

Déjà, la question du certificat prénuptial l'obsédait : « *Peut-être un jour viendra*, écrit-il, *et peut-être il est proche, où l'on trouvera logique, nécessaire et très simple, de s'offrir à un examen médical avant de contracter mariage, comme on trouve logique, nécessaire et très simple de l'accepter quand on veut contracter une assurance sur la vie — contrat n'intéressant que l'assureur et l'assuré, et où seul est en jeu un intérêt d'argent — ou de le subir pour entrer dans l'armée et pour aller aux colonies. Un jour viendra peut-être, où les deux familles, avant de décider un mariage, mettront en présence leurs deux médecins, comme elles mettent en présence leurs*

(1) On ne soupçonnait pas encore les horreurs de 1914-1918.

VARIÉTÉS *(Suite)*

deux notaires et où les médecins auront le pas sur les notaires comme les questions de santé le devraient prendre sur les questions d'argent.

« ... C'est que l'on pourrait, par ces précautions prises, éviter bien des malheurs et bien des crimes, éviter à des milliers d'enfants, de jeunes gens, de jeunes filles ou de jeunes femmes d'atroces et trop longues souffrances, d'horribles morts dont quelques-unes sont des façons d'assassinats, sauver beaucoup d'êtres pour qui, vraiment, il eût mieux valu ne pas être, épargner à ceux qui les aiment d'affreuses angoisses, parfois des remords, arrêter, enfin, sur la voie de la dégénérescence des familles et des races.

« ... Donc quelques esprits ont le droit de penser que la science s'élèvera un jour jusqu'à créer aussi une morale et une religion : une morale, puisqu'elle promulguera des devoirs moraux ; une religion, puisqu'elle établira entre les hommes un lien, des obligations nécessaires en vue d'un très haut idéal, ce qui est à peu près la définition du mot *religio*. »

... Et plus loin, il dit encore :

« Oui, tant de souffrances, *tant de morts dues à l'hérédité morbide*, voilà ce qu'on ne rappellera jamais assez, et ces morts, chacun sait de quelles agonies lentes, de quelles douleurs aussi elles sont précédées, de quels regards jetés désespérément par ces condamnés, si jeunes pour la plupart, sur la vie et sur ceux qui restent.

« ... Des optimistes trouvent cependant que tout est bien, que la loi de l'hérédité morbide aboutissant trop souvent à la mort est plutôt heureuse, puisqu'au fond elle défend la race, et ainsi ce procédé de salut public, ces exécutions en masses, cette élimination de ses déchets, en la protégeant, une fois de plus leur font admirer la sage ordonnance] et les décrets de la nature. Quelques-uns de nous cependant se refusent à demeurer ses complices en son gaspillage de la vie. Elle tue sans pitié les germes et les jeunes, s'en étant montrée prodigue ; elle détruit sans regret ce qu'elle a créé sans raison ni mesure.

« Nous ne pouvons aujourd'hui garder devant ces massacres une indifférence aussi tranquille qu'est la sienne, et nous avons donc à agir dans un sens qui sera contraire au sien.

« ... Un homme reproduit sa race ; il la reproduit mal ; la nature, dans l'intérêt de la race, tue l'enfant. »

Il est certainement mieux et plus simple que cet enfant ne naisse pas. et Cazalis sait montrer aux hommes leur devoir :

« Obligation pour tous de se présenter avant le mariage à un examen médical, que ce soit la loi ou la coutume nouvelle, que ce soient des mœurs nouvelles qui l'exigent, comme on se présente à cet examen avant d'entrer dans l'armée ou de s'assurer sur la vie.

« Puis obligation morale, tout au moins, de se conformer à la décision médicale.

« Prophylaxie, lutte ardente et de chaque jour, et sans repos, comme sans faiblesse, contre toutes les maladies et d'abord contre les maladies héréditaires qui causent la dégénérescence de la race.

« Protection de la femme, de l'enfant, de la race, contre les tares ou les contages graves, inconsciemment ou consciemment transmissibles.

« Pénalités possibles frappant les coupables de ces transmissions. Proposition peut-être au Parlement d'un projet de loi qui serait ainsi formulé : Le mariage est interdit aux malades affectés d'une maladie grave transmissible à la femme et à l'enfant à venir.

« Et cette loi entraînerait la nécessité du certificat médical : la nécessité de délier le médecin, avec l'assentiment de l'intéressé, du secret professionnel tel qu'en ce moment il est exigé de lui ; ou, encore, entraînerait une sanction qui serait celle-ci : une réparation pécuniaire prononcée en même temps que la séparation ou le divorce, contre le conjoint convaincu de s'être marié porteur, et le sachant, d'une maladie contagieuse ou de l'une des tares héréditaires graves énumérées dans le projet de loi...

« Mais, d'abord et surtout, obstacle apporté déjà à tant d'accidents, de catastrophes, *par la révélation faite à tous*, des responsabilités (que presque tous ignorent), et que ferait connaître, par exemple, une note rédigée en ce sens par l'Académie de médecine, et délivrée au mari en même temps que le livret de mariage. »

N'est-ce pas là un programme qui aurait dû être mis en pratique depuis longtemps déjà ? La race, amoindrie par les fléaux sociaux de plus en plus nombreux, mérite, après l'hécatombe de la dernière guerre, qu'on la désire saine et vigoureuse.

N'est-il pas pénible de voir (1) ces magnifiques idées en être encore au même point depuis vingt-huit ans, malgré l'urgence grandissante des dispositions prénuptiales à édicter ?

***

Dans ces vers douloureux de Jean Lahor, ne retrouvons-nous pas l'angoisse du Dr Cazalis,

(1) Il nous paraît utile de rappeler que Me Biardeau a soutenu devant la Faculté de droit de Paris une très belle thèse que notre éminent ami, M. le professeur Dequidt, a éditée au *Mouvement sanitaire*. On trouvera dans ce mémoire de très amples développements sur une question encore controversée.

ANGIOXYL

DU Dr ROUSSEL

par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans

L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire

SIROP : 3 cuillerées à café par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Angioxyl

Angioxyl Sirop

ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)

R.C 18 000

Roger Dacosta. Edit.

VARIÉTÉS *(Suite)*

qui le fait crier grâce pour tous ceux-là que l'hôpital lui révèle :

Des enfants qui souffraient parce qu'ils étaient nés ;
Des femmes qui mouraient pour les avoir fait naître,
Des hommes qui hurlaient ainsi que des damnés,
Et demandaient la mort et ne voulaient plus être.

Un enfant qui râlait et se tordait hagard,
De l'écume à la bouche, avec des cris de bête ;
Des vieillards dont les yeux n'avaient plus de regard
Et dont tremblaient les mains, les jambes et la tête.

Quand je sortis de là, j'allai je ne sais où,
Je marchais, le cerveau malade, à l'aventure,
Je regardais sans voir, comme ferait un fou,
Le ciel, les arbres verts bercés dans le murmure
D'un matin de printemps, et restai tout le jour
Le front baissé cherchant à comprendre où nous [sommes,
Haïssant le soleil et maudissant l'amour,
Oubliant tout, hormis la misère des hommes.

(*L'Hôpital*, JEAN LAHOR.)

Le commentateur de Jean Lahor, le Dr Herminée Howyan, émet un jugement que chacun de nous aimerait mériter :

« Créateur d'êtres et d'âmes, créateur de pensée et d'art, créateur de beauté, de santé, de force, quel magnifique programme ! Cazalis lui a été toute sa vie fidèle, sans amener la moindre défaillance. »

Dr MOLINÉRY
(Luchon).

REVUE DES THÈSES

Des multiples emplois de l'hyposulfite de soude en syphilithérapie, par P. TALON, 1931 (*Jouve, éditeur*, Paris).

Dans ce travail, l'auteur étudie les nombreux emplois de l'hyposulfite de soude dans le traitement des accidents de l'arsénothérapie (principalement les ictères et les érythrodermies arsenicales) et des réactions de Bordet-Wassermann irréductibles.

Dans la première partie, il analyse les modes d'action de ce médicament. Après avoir rappelé le sort de l'hyposulfite dans l'organisme, il montre que son action réductrice s'oppose à l'oxydation des arsénobenzènes, cause de la plupart des accidents toxiques ; ensuite il essaie de dégager du complexe hyposulfite de soude, le rôle de l'élément soufre et celui de l'élément sodium. Le soufre non oxydé, que ce produit apporte à l'organisme, aurait peut-être pour effet de corriger la thiémie, reflet du trouble apporté par les arsenicaux à la fonction thiopexique du foie et des surrénales. Ainsi il contribuerait au rétablissement du métabolisme normal du soufre dans les humeurs. En outre, il protège le foie et le rein en favorisant l'excrétion de l'arsenic, comme il aide d'ailleurs à l'élimination de tous les métaux à poids atomiques élevés, tels que le bismuth et le mercure.

L'influence de l'hypo-alcalinité de l'organisme dans la genèse des accidents de la thérapeutique arsenicale étant connue, l'auteur pense que l'ion sodium, apporté par l'hyposulfite de soude, peut, dans une certaine mesure, lutter contre l'acidose qui accompagne toute atteinte hépatique.

Enfin, l'hyposulfite a une action certaine sur l'équilibre humoral, quelle que soit l'hypothèse envisagée, idiosyncrasie, sensibilisation, floculation, anaphylaxie, dans la genèse de certains accidents de l'arsénothérapie. C'est un désensibilisant remarquable dans maintes affections cutanées, et un excellent médicament anti-choc ; son emploi permet de faire supporter le novarsénobenzol en supprimant les multiples accidents désagréables ou sérieux de la thérapeutique arsenicale.

Dans la deuxième partie consacrée à l'emploi thérapeutique de l'hyposulfite de soude, l'auteur donne tous les détails de préparation des solutions et de posologie, relatifs à l'administration de ce sel par voie buccale et par voie veineuse. Il apporte des observations d'érythrodermies arsenicales et mercurielles qui ont rapidement guéri sans séquelles et de nombreux cas d'ictères parathérapeutiques arsenicaux, dont l'évolution a été notablement raccourcie et rendue bénigne par cette méthode. Il préconise son emploi dans le traitement des réactions de Bordet-Wassermann irréductibles.

Enfin l'auteur insiste sur les avantages de l'emploi des solutions d'hyposulfite de soude, à la place d'eau distillée, comme solvant des sels arsenicaux. Une importante statistique montre l'amélioration de la pratique de la syphilithérapie par ce procédé. L'auteur a dépouillé les milliers de dossiers du service de Ravaut à Saint-Louis, et il conclut que, par comparaison avec les sept années précédentes, l'on observe, depuis trois ans que cette méthode est systématiquement employée, six fois moins d'ictères, deux fois moins d'érythrodermies, trois fois moins de gros malaises et d'intolérances simples. Ainsi on réalise, par ce procédé, une excellente prophylaxie de la plupart des accidents de l'arsénothérapie.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

(Suite).

Quand nous avions, dans *Paris médical*, donné cette solution, nous avions rappelé qu'aux termes de la jurisprudence de la Cour de cassation en matière de diffamation, la Cour appliquait la courte prescription de trois mois prévue par la loi de 1881 sur la Presse, aux actions en dommages-intérêts, quel que soit le tribunal saisi par le demandeur. Et nous avions rappelé que même quand le demandeur ne fonde pas son assignation sur le délit de diffamation, le défendeur a le droit de restituer aux faits invoqués leur véritable qualification et qu'il a le droit de faire juger notamment que l'action en dommages-intérêts n'était pas fondée sur une faute de droit commun, c'est-à-dire sur un quasi-délit, mais sur un véritable délit. De telle sorte que la demande se trouvait prescrite quand la prescription du délit était atteinte.

Devant la Cour d'Aix, le médecin poursuivi avait invoqué cette jurisprudence de la Cour de cassation, et il avait plaidé qu'étant poursuivi devant une juridiction civile en responsabilité d'un dommage causé à la personne physique, et cette action étant exercée plus de trois ans après le fait qui avait causé le dommage, la demande du malade était irrecevable comme étant prescrite par application de l'article 638 du Code d'instruction criminelle.

Au contraire, le tribunal de Marseille, puis la Cour d'Aix, dont nous avons reproduit l'arrêt, ont décidé que seule la prescription trentenaire s'appliquait à la responsabilité civile du médecin.

Si la jurisprudence de la Cour d'Aix est consacrée par la Cour de cassation, et si elle doit devenir la règle en matière de responsabilité médicale, on peut apercevoir déjà les graves conséquences qu'elle ne manquera pas d'entraîner pour tous les médecins.

Si on permet aux malades, ou aux héritiers des malades, de poursuivre les médecins en responsabilité pendant trente ans, on devine de suite à quels abus une pareille jurisprudence pourra aboutir.

En effet, les actions en dommages-intérêts sont toujours fondées sur des faits qui doivent être établis par des témoignages ou par des constatations. La fragilité de la preuve testimoniale qui est constatée chaque jour par les tribunaux,

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

même pour des délits ou des crimes relativement récents, devient très inquiétante quand des années se sont passées depuis le fait qu'il s'agit de prouver. Non seulement les témoins, quelle que soit leur bonne foi, ne se souviennent que vaguement des faits sur lesquels ils sont appelés à déposer, mais malgré eux et inconsciemment, ces faits se trouvent dans leur esprit peu à peu déformés par leurs tendances particulières, par les conversations qu'ils ont entendues, ou par leurs préférences intimes. D'autre part, les présomptions qui peuvent jouer un rôle dans la preuve de la responsabilité deviennent presque impossibles à rétablir. Enfin, les témoins que le demandeur veut faire entendre doivent être contrôlés par l'autre partie, et si des officines spéciales se mêlent, comme il arrive trop souvent, de poursuivre l'auteur prétendu responsable d'un préjudice, il leur sera plus aisé, au bout d'un certain nombre d'années, d'imaginer des témoignages et de faire entendre comme témoins des personnes qui n'auront rien vu, parce que la mémoire défaillante des autres parties ne permettra plus d'établir que ces prétendus témoins n'étaient pas là au jour où se sont passés les faits.

Enfin, il est à présumer que quand une action en dommages-intérêts n'est intentée que plus de trois ans après la survenue du fait dommageable, c'est apparemment que le préjudice causé était mince.

Toutes ces raisons sont d'ailleurs celles qui ont déterminé le législateur en matière pénale à établir de courtes prescriptions et qui ont poussé la jurisprudence à identifier l'action pénale à l'action civile.

Les tribunaux n'ont que trop de tendances à juger sévèrement les actes des médecins, leurs prescriptions et leurs interventions : le procès du Dr Dujarrier en est un exemple éclatant. Si à cette sévérité, qu'on est tenté de dire excessive, s'ajoute la possibilité pour les malades et pour leurs héritiers d'intenter des procès pendant trente ans, on devine à quelles erreurs judiciaires on peut aboutir aisément en permettant l'ouverture d'instances dans un temps où le contrôle des preuves sera infiniment difficile à exercer.

Les victimes désignées d'une pareille jurisprudence seront évidemment tous les novateurs, tous ceux qui feront par leur science progresser l'art médical et qui hésiteront, devant une res-

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

ponsabilité trentenaire, à tenter des traitements nouveaux en raison des risques singulièrement aggravés par une responsabilité de trente années.

Pour justifier sa solution, la Cour d'Aix a fondé sa décision sur le fait que la responsabilité du médecin résultant du contrat qu'il a passé avec le malade est une véritable responsabilité civile, puisque contractuelle.

Les demandeurs avaient également plaidé devant la Cour d'Aix que la responsabilité du médecin ne se prescrivait que par trente ans parce que le médecin, aux termes de l'article 1384 du Code civil, était responsable non seulement du dommage causé par son fait, mais du dommage causé par les choses dont il a la garde.

Les demandeurs, devant la Cour d'Aix, fondaient leur argumentation sur l'arrêt de la Cour de cassation du 9 juin 1928 (Dall. 1928-1-153) qui a décidé que la prescription criminelle ne s'applique pas aux actions civiles quand ces actions civiles sont fondées sur la responsabilité du gardien de la chose inanimée. On voulait appliquer à la responsabilité médicale cette tendance constante qu'a la Cour de cassation d'étendre la présomption de responsabilité de l'article 1384 à toutes les actions en responsabilité.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES REVUES

De l'emploi de l'allonal en thérapeutique (Dr VERNET, **Courrier médical**, Paris, no 2, janvier 1932).

La médication analgésique répond à la thérapeutique symptomatique de la douleur en dehors de tout traitement général, et on comprend combien il est intéressant d'avoir à sa disposition un médicament analgésique et sédatif, immédiatement actif et progressivement hypnogène comme l'allonal, allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine, qui s'administre par voie buccal sous forme de comprimés, à la dose d'un à trois par jour, pris à une heure d'intervalle, et qui rend les plus grands services dans tous les cas si fréquents de la pratique médicale et stomatologique, où la douleur est en cause.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR DEBRÉ

Le Conseil de la Faculté vient de pourvoir à la vacance de la chaire de bactériologie rendue libre par le passage du professeur Lemierre à la clinique des maladies contagieuses, où il remplace le regretté professeur Teissier, et il a désigné le professeur agrégé Debré, à une très grosse majorité.

Ce choix est excellent et la chaire de Bactériologie, occupée successivement et avec grand éclat par le professeur Bezançon, puis par le professeur Lemierre, est, une fois encore, dévolue à un clinicien, qui est en même temps un bactériologiste: la Faculté a ainsi souligné, une fois de plus, son désir que la bactériologie soit enseignée à des cliniciens par un clinicien qui, chaque jour, dans son service d'hôpital, puisse compléter son enseignement du laboratoire en l'appliquant aux malades, et qui se rende compte ainsi de l'utilité immédiatement pratique des notions nécessaires au futur médecin.



Le professeur Debré.

Cette tradition a donné jusqu'ici de trop bons résultats pour qu'il y soit porté atteinte, et elle aurait intérêt à être étendue à bien d'autres chaires de la Faculté. De même que, dans maintes écoles d'ingénieurs, la physique par exemple ou la chimie sont enseignées systématiquement par des ingénieurs et non par des physiciens ou des chimistes purs, de même on n'évitera certaines exubérances d'enseignements théoriques, d'une utilité restreinte pour les cliniciens, qu'en chargeant des cliniciens eux-mêmes d'un enseignement dont ils connaissent toutes les nécessités pratiques.

A cet égard, la nomination du professeur Debré est particulièrement heureuse.

Ancien interne de Thiroloix, de Letulle, de Marfan, de Netter et de Landouzy, Debré, dès son internat, s'est fait connaître par de remarquables recherches bactério-cliniques, notamment par ses travaux classiques, avec Netter, sur la méningite cérébro-spinale, sur les formes du nourrisson surtout.

Chef de clinique de Landouzy à l'hôpital Laennec, il y commença, avec Léon Bernard, une longue et fructueuse collaboration, il y a notamment organisé avec lui la première crèche pour enfants issus de mères tuberculeuses, à laquelle sont venues se juxtaposer des œuvres sociales de haute valeur pour leur isolement précoce et prolongé. Ces formations sociales ont permis à L. Bernard et Debré de mener à bien une série de travaux remarquables sur les modes de contagion et sur la prophylaxie de la tuberculose du jeune enfant.

Médecin des hôpitaux en 1920, Debré s'est principalement consacré à la pathologie infantile, si intéressante, où il est particulièrement facile de suivre des infections et des modes de réaction purs. Il a suppléé successivement, pendant plusieurs années, Boulloche à l'hôpital Bretonneau et Méry à l'hôpital des Enfants-Malades et fait un enseignement clinique très suivi dans ces deux hôpitaux. De cette époque datent ses recherches sur la prophylaxie de la rougeole, de la scarlatine, sur l'utilisation notamment du sérum de malades guéris pour la prophylaxie, et sur l'organisation pratique de centres hospitaliers qui en permettent l'approvisionnement.

Professeur agrégé d'hygiène en 1920, il a organisé et dirigé les travaux pratiques d'hygiène de 1920 à 1928.

Depuis 1929, il occupe le service des tuberculeux à l'hôpital Beaujon et y continue ses recherches sur la tuberculose et sa prophylaxie, en même temps qu'il y dirige le dispensaire social Albert-Robin.

Il a d'autre part, en collaboration avec Ramon à l'Institut Pasteur de Garches, étudié et mis au point quant aux applications cliniques l'anatoxine de Ramon, si féconde en résultats pratiques, et étudié avec lui le bacille diphtérique, la reproduction expérimentale des paralysies diphtériques notamment.

Il a, d'autre part, pris part, comme représentant français, aux études poursuivies par la Société des Nations sur la mortalité du premier âge, la prophylaxie de la scarlatine et de la diphtérie.

Il avait pendant l'armistice, contribué en Alsace à l'organisation de l'hygiène et à la lutte antityphoïdique.

On voit quelle œuvre féconde a poursuivie le nouveau professeur dans le domaine connexe de la bactériologie, de la prophylaxie et de l'hygiène.

Il a su travailler méthodiquement et faire travailler autour de lui, et l'on est certain que dans sa nouvelle chaire, il formera une Ecole pleine de vie et d'ardeur orientée vers les recherches systématiques de la Bactériologie clinique.

Paul Carnot.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1932.

A propos de la gastrectomie en deux temps. — M. BERGERET insiste sur les avantages de cette technique. Dans un premier temps, exclusion duodéno-pylorique et gastro-jéjunostomie à la Polya.

Dans un second temps, extirpation duodéno-pylorique.

Torsion des annexes saines et appendicite. — M. MONDOR rapporte une observation de M. RICARD (de Lyon). Au cours de l'intervention on trouve un appendice manifestement malade et en outre une torsion des annexes droites ayant déterminé une exsudation sérohématique assez abondante. Castration droite. Guérison. M. Mondor discute les rapports possibles des deux affections.

Extirpation d'un éclat d'obus intrapulmonaire. — M. PROUST rapporte cette observation due à M. MAURER Intervention par voie paravertébrale, pour hémoptysies répétées, en deux temps après nouveau repérage radiologique. L'état était situé à la partie inférieure du hile.

Ablation de la première côte. — M. PROUST rapporte la nouvelle technique de M. MAURER.

Tumeurs paranéphrétiques. — M. CHEVASSU rapporte deux observations de MM DIDIER et LEIBOVICI. Les tumeurs pesaient respectivement 3 et 10 kilogrammes. Dans le premier cas, récidive après deux ans et mort ; dans le second, la guérison se maintient depuis deux ans.

M. BROCQ a observé une tumeur de 7 kilogrammes présentant deux lobes, l'un lipomateux, l'autre myxosarcomateux.

M. MOULONGUET souligne les difficultés techniques des réinterventions.

Traitement du bec-de-lièvre bilatéral total. — MM. VEAU et PLESSIER présentent une importante série de documents photographiques établissant la comparaison entre les résultats obtenus par les procédés classiques et par leur technique actuelle.

Présentation de film. — M. OMBRÉDANNE présente un film permettant l'analyse des divers troubles de la marche.

M. LOUIS MICHON est élu membre titulaire.

HENRI REDON.

Séance du 13 juillet 1932.

Troubles mentaux post-opératoires. —M. PROUST analyse une observation de M. CHUREAU concernant un cas intéressant de troubles mentaux survenus, consécutivement à une gastro-pylorectomie, chez un prédisposé.

Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. — M. BROCQ rapporte 5 observations dues à trois chirurgiens algériens : MM. SABADINI, BRESSOT et SICARD. Le rapporteur insiste sur la relative fréquence des diagnostics préopératoires exacts. Le rapporteur, d'accord avec les auteurs, est d'avis que, le diagnostic de kyste étant posé, l'ouverture du kyste est indiquée toutes les fois qu'il n'y a pas d'ictère ou qu'il y a ictère léger. S'il y a ictère, au contraire, les deux thèses américaine et française demeurent en présence. Suivant les cas, le chirurgien se décidera pour l'une ou l'autre.

M. MOULONGUET se montre plutôt partisan de l'ouverture seule ou accessoire du cholédoque.

Infarctus de l'intestin. — M. MONDOR analyse ce travail de MM. SCHULZ et FONTAINE. Les auteurs préconisent l'extériorisation simple comme mode thérapeutique d'urgence. Cette technique donne un beau succès aux auteurs. Le rapporteur hésite à voir ériger une méthode d'exception en technique de choix, bien qu'elle puisse rendre souvent des services.

M. GRÉGOIRE a vu guérir un malade opéré par M. MICHON dans des conditions identiques, après sphacèle de près d'un mètre d'intestin.

M. DESPLAS, au contraire, a perdu un malade, à la suite de nouveaux accidents de thrombose mésentérique.

M. LABEY également.

M. DUVAL se demande si le cas de MM. Schulz et Fontaine ne concerne pas un volvulus spontanément détordu.

Traitement du cancer du col utérin. — M. LEVEUF apporte les nouveaux résultats de ses recherches sur l'envahissement lymphatique. L'auteur, rappelant les chiffres de M. REGAUD conclut à l'intérêt de l'ablation des territoires ganglionnaires même dans les cas I et II. M. Leveuf oppose les cancers mucicarminophiles à retentissement ganglionnaire précoce aux autres formes. Les premiers justifient, à son avis, la curiethérapie première suivie d'adénectomie simple sans hystérectomie.

Interventions pour arthrite sèche de la hanche. — M. SORREL, dans plusieurs cas, a amélioré ses malades par modelage pur de la tête fémorale et toilette des ostéophytes, avec ou sans greffe complémentaire.

M. MATHIEU estime qu'il s'agit là d'une vaste question et qu'il est actuellement trop tôt pour conclure à l'arthodèse ou à la résection arthroplastique.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juillet 1932.

Recherches sur les hypertensions biliaires expérimentales. — MM. ETIENNE CHABROL, CHARONNAT, M. MAXIMIM et JEAN COTTET, opérant sur des chiens privés de leur vésicule, ont observé que l'adrénaline comme l'acétylcholine provoquaient d'importantes variations de la pression biliaire, lorsqu'on les administrait par voie veineuse aux doses respectives de deux dixièmes de milligramme et de 5 milligrammes par kilogramme de poids. Le cholédoque de leurs animaux ayant été mis en relation avec un manomètre à eau, ils ont vu la colonne de liquide s'élever brusquement en moins d'une minute de 20 à 34 centimètres avec l'acétylcholine et de 10 à 18 centimètres avec l'adrénaline ; la pression qu'engendre cette dernière se maintient en plateau pendant près de quatre à cinq minutes, alors que son antagoniste a une action plus brève.

Dans les deux cas, la ligne de descente s'effectue progressivement en l'espace de deux à trois minutes. On peut s'étonner que deux substances aussi différentes dans leurs effets pharmacodynamiques donnent des résultats sensiblement superposables pour qui envisage leur retentissement sur la pression de la bile. Les auteurs se proposent d'étudier dans une note ultérieure leur mécanisme d'action.

Emission d'oxygène par le poumon d'un animal respirant dans un gaz inerte. — MM. J. BEYNE, R. GOIFFON

et J. WALTZ rappellent que, *in vitro*, la tension de l'oxyhémoglobine du sang s'équilibre exactement avec celle de l'atmosphère dans laquelle elle se trouve, soit en prenant, soit en cédant de l'oxygène. *In vivo*, on n'avait observé ce phénomène que dans un seul sens, c'est-à-dire le passage de l'oxygène de l'air à l'oxyhémoglobine du sang. Les auteurs montrent que l'animal respirant dans une atmosphère dépourvue d'oxygène lui livre ce gaz aux dépens de son sang.

Suppression par action de l'éther des propriétés hémolyantes et toxiques des sérums. — MM. PH. PAGNIEZ et N.-K. KOANG, ayant eu occasion, au cours de recherches sur le sérum des épileptiques, de constater les modifications que le lavage par l'éther fait subir à la toxicité du sérum humain, ont entrepris quelques recherches sur cette question.

Ils ont expérimenté avec le sérum de bœuf, qui est connu pour sa grande toxicité pour le cobaye. A la dose de 2 centimètres cubes, ce sérum en injection intramusculaire tue rapidement un cobaye de .500 grammes. Lavé préalablement par l'éther, ce sérum perd toute toxicité ; en même temps il perd ses propriétés hémolysantes *in vitro*.

Le sérum humain, qui est normalement beaucoup moins toxique mais très hémolysant, se comporte comme le sérum de bœuf.

Ces curieuses modifications doivent relever de changements dans les complexes lipido-protidiques du sérum, beaucoup plutôt que de la soustraction de produits lipidiques, l'éther dans ces conditions expérimentales n'en enlevant que très peu. Cette manière de voir est confirmée par ce fait qu'il n'est pas nécessaire pour faire diparaître toxicité et hémolyse, de brasser le sérum avec l'éther. On peut, en effet, obtenir le même résultat en soumettant le sérum pendant un temps suffisant, soit pendant quelques heures, aux vapeurs d'éther.

Action des extraits post-hypophysaires et de l'adrénaline sur les mélanophores d'Acerina cernua L. et de Gobio fluviatilis C. V. — MM. L. BLANCHARD, M. PRUDHOMME et H. SIMONNET ont vu que la solution au vingt-millième dans le Ringer d'un extrait hydro-acétique au centième de poudre étalon de post-hypophyse est douée, en injection intrapéritonéale, à la dose de $0^{cc},1$ pour des sujets de 3 à 5 grammes des deux espèces de poisson envisagées, de propriétés expanso-mélanophoriques. Celles-ci se manifestent par des variations de la coloration du tégument qui devient plus sombre.

L'adrénaline injectée à la dose de $0^{mg},02$ à $0^{mg},035$ par gramme corporel, provoque la décoloration cutanée et la transparence des tissus, chez ces espèces.

Enfin, l'injection du mélange d'extrait hypophysaire et de l'adrénaline pratiquée, pour chaque constituant, aux doses ci-dessus indiquées, permet d'observer d'abord l'action de l'adrénaline, puis celle de l'extrait hypophysaire.

Un nouvel appareil pour la culture des microbes anaérobies. — MM. PAUL HAUDUROY et GEORGES EHRINGER se sont attachés à réaliser un appareil simple, facilement maniable, permettant, pratiquement, la culture des microbes anaérobies. L'anaérobiose est obtenue par un vide partiel, suivi de l'absorption de l'oxygène restant par le pyrogallate de potasse. L'originalité de la méthode réside dans ce que le mélange potasse-acide pyrogallique se fait par une manœuvre très simple effectuée de l'extérieur du bocal où le vide est déjà fait. Cet appareil a permis aux auteurs la culture des principaux microbes anaérobies pathogènes.

Phénomène de Koch et réaction tuberculinique. — M. A. BOQUET indique que la réaction nécrotique du derme, produite chez les cobayes tuberculeux par l'inoculation de corps bacillaires serait liée uniquement à l'hypersensibilité engendrée par l'infection. Réserves faites sur quelques signes accessoires, ou du moins apparemment secondaires (infiltration durable de la peau, abcédation) qui relèvent de l'action toxique directe des substances bacillaires, on peut en conclure que le phénomène de Koch n'est qu'une réaction allergique mise en jeu par la tuberculine des corps microbiens, libre ou libérés dans ce derme.

En outre, chez les cobayes tuberculeux l'état allergique se double d'une immunité plus ou moins efficace, dont les effets se manifestent par la stabilisation, la régression ou la cicatrisation de l'ulcère que provoque l'inoculation sous-cutanée ou intradermique de bacilles virulents.

I. Recherches sur l'action prémunisante des bacilles tuberculeux saponinés. — II. Résistance à l'infection tuberculeuse des cobayes traités par des bacilles saponinés. — M. T. DE SANCTIS MONALDI a étudié la valeur d'une nouvelle méthode de prémunition antituberculeuse. De ses expériences, il conclut : que le « vaccin saponiné », proposé par Belfanti et Dessy pour la vaccination des animaux, se montre en lui-même encore assez virulent pour déterminer, même après un délai assez long, la mort des animaux auxquels on l'inocule. Ce vaccin n'immunise pas les cobayes vis-à-vis d'une inoculation virulente d'épreuve.

La saponine, en solution à 2,5 p. 1 000, tue, après un contact de soixante-douze heures à l'étuve à 38°, la plupart des bacilles tuberculeux qu'on y met en suspension. Si les cobayes vaccinés survivent plus ou moins longtemps aux témoins, cela tient à ce que, en réalité, ces animaux ont reçu des doses différentes de bacilles virulents.

Fixité des propriétés allergisantes du vaccin BCG. — M. A. SAENZ a vu le BCG, inoculé même en très faibles doses au cobaye, engendrer l'allergie vis-à-vis de la tuberculine avec la même régularité, la même intensité et dans des délais proportionnellement équivalents, quelle que soit la souche qu'il a employée. Cette allergie apparaît d'autant plus rapidement que la dose de BCG injectée à l'animal a été plus forte. La période anté-allergique est plus longue chez les cobayes qui ont reçu les doses les plus faibles.

Il n'a constaté aucune différence appréciable dans les qualités de l'allergie conférée par chacune des trois souches étudiées par lui. Ces souches présentent le même degré d'atténuation que la souche initiale de l'Institut Pasteur. Il apparaît donc que, quel que soit le laboratoire qui les a entretenues, ces souches n'ont subi, au cours des cinq années 1927-1932, aucune modification ni variation dans leurs caractères biologiques.

P.-F. MERKLEN.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 19 *mai* 1932.

Amyotrophie myélopatique subaiguë des membres inférieurs, avec dissociation albumino-cytologique, signe d'Argyll Robertson, et Wassermann négatif. — MM. André Thomas et H. Schaeffer présentent un jeune homme de vingt et un ans, qui est atteint de parésie avec amyotrophie des membres inférieurs et des pelvi-trochantériens avec fasciculations, aréflexie tendineuse des membres inférieurs, troubles des sphincters et frigidité, sans troubles importants de la sensibilité subjective, ni modifications de la sensibilité objective.

A noter en outre un signe d'Argyll Robertson et du nystagmus.

La rachicentèse montre une réaction albuminocytologique avec 3 grammes d'albumine, sans blocage, et une réaction notablement moindre dans le liquide de la région sous-occipitale. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide.

Les présentateurs discutent successivement l'hypothèse d'une infection diffuse du névraxe, et celle d'une syphilis médullaire pseudo-tumorale ; ils ne se croient pas en droit de conclure, mais la seconde hypothèse leur semble plus probable que la première.

Méningite aiguë curable accompagnée de crises gastriques et suivie de scoliose paralytique. — M. Alajouanine présente un jeune garçon qui, au cours d'un syndrome méningé, a souffert de crises gastriques bien caractérisées. Ces crises ont été soulagées par des injections intraveineuses d'atropine. Mais, au moment de la convalescence, on s'aperçut qu'il s'était constitué une scoliose avec lordose, liée à une hypotonicité des masses sacrolombaires dans le territoire radiculaire correspondant aux racines irritées lors des crises gastriques. L'examen électrique met en valeur l'élévation considérable de la chronaxie du côté paralysé.

Syringomyélie à début cypho-scoliotique. — MM. Alajouanine et Ribadeau-Dumas pérsentent un homme qui était atteint de cypho-scoliose à l'âge de douze ans, et chez lequel l'atrophie, du type Aran-Duchenne, a commencé à se développer à l'âge de vingt ans. Actuellement, la syringomyélie est typique.

Paralysie radiculaire supérieure du plexus cervical, consécutive à une fracture du rachis méconnue. — M. Alajouanine. La radiographie seule a mis en évidence la lésion traumatique du rachis cervical.

Volumineuse tumeur des nerfs mixtes (neurinome) à symptomatologie discrète. Exérèse ayant nécessité la résection partielle d'un hémisphère cérébelleux. Guérison. — MM. Th. de Martel et J. Guillaume présentent une malade chez laquelle ils pratiquèrent, il y a trois mois, l'ablation d'un neurinome des nerfs mixtes du côté droit. Le poids de la tumeur enlevée était de 24 grammes, ce qui est considérable, étant donnée la situation latéro-bulbo-protubérantielle de la lésion. L'exérèse, faite au bistouri bipolaire, nécessita la résection de la partie externe de l'hémisphère cérébelleux correspondant, suivant la technique que Frazier et Cushing ont utilisée pour l'ablation des tumeurs de l'auditif.

La symptomatologie focale était très discrète : syndrome cérébello-vestibulaire droit léger, hypoacousie droite, diminution du réflexe cornéen droit, légère hypotonie de l'hémivoile droit. Par contre, il existait de nombreux éléments qui plaidaient en faveur d'une tumeur frontale à manifestations cérébello-vestibulaires : crises comitiales ou équivalents, troubles mnésiques, légère désorientation dans le temps, indifférence et tendance à l'euphorie. La ventriculographie montra, outre une dilatation ventriculaire importante, l'élévation de la corne occipitale droite, ce qui indiquait l'existence d'une tumeur de l'étage postérieur droit.

La malade présentée est, à l'heure actuelle, parfaitement rétablie.

Méningiome de a gaine du trijumeau. Opération. Guérison. Diagnostic et indications opératoires dans les cas d'atteinte organique de la cinquième paire. — M. E. Krebs, Mlle Rappoport et M. David présentent un malade opéré d'un méningiome de la gaine du trijumeau, qui se manifesta, pendant quinze ans, uniquement par des douleurs continues, auriculaires et temporo-malaires, puis par une aphasie transitoire, et par des crises épileptiformes à aura auditive ; après quoi se constituèrent, en quelques semaines, une anesthésie de tout le territoire du V et une ophtalmoplégie totale du même côté. Les radiographies montraient une zone décalcifiée à la partie postéro-interne de la grande aile du sphénoïde et un ostéome à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale de l'écaille du temporal. Les auteurs rapportent deux autres observations où l'atteinte massive du V était due, dans un cas à une tumeur métastatique infiltrant le lobe temporal et le plancher de la fosse moyenne, dans l'autre à une arachnoïdite de la fosse postérieure. Ils insistent sur les difficultés du diagnostic de siège et de nature de telles lésions, diagnostic qui commande l'indication opératoire et la voie d'abord chirurgicale.

Mouvements involontaires, astéréognosie, aréflexie ostéo-tendineuse chez un malade probablement atteint de tabes. — MM. J. Darquier et Bize présentent un homme de soixante-dix ans, qui est atteint depuis deux ans d'astéréognosie. Ce trouble, d'abord unilatéral, est ensuite devenu bilatéral. Ils signalent l'association fréquente des troubles des sensibilités profondes et des mouvements involontaires du type athétosique.

Sur une forme cachectique de myotonie atrophique. Édentation totale. Ébauche du signe d'Argyll-Robertson. — MM. A. Lemierre, R. Garcin et R. Laplane présentent une femme cachectique, chez laquelle l'abolition de presque tous les réflexes tendineux et une ébauche de signe d'Argyll-Robertson auraient pu faire porter le diagnostic de tabes amyotrophique. L'étude topographique des groupes musculaires les plus frappés orienta vers l'hypothèse d'une maladie de Steinert, que les signes cliniques et électriques permirent d'authentifier de façon certaine. Les auteurs insistent sur l'édentation complète et à évolution rapide, sur la constatation d'une ébauche du signe d'Argyll-Robertson sans réaction myotonique de la pupille, et enfin sur l'importance et sur la précocité de l'émaciation. En dehors de son intérêt diagnostique, une telle observation montre qu'à côté de la maladie de Simmonds et de la maladie de Duchenne, la maladie de Steinert mérite parfois de figurer du point de vue étiologique, dans le groupe des grandes cachexies d'origine nerveuse ou neuro-endocrinienne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réforme du concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — ARTICLE PREMIER. — L'article 48 du Règlement général sur le Service de Santé est modifié ainsi qu'il suit :

TEXTE ANCIEN. — *Article 48, paragraphe 16* : Les assistants d'électro-radiologie prennent le titre d'assistants d'électro-radiologie de l'hôpital auquel ils sont attachés.

Tout docteur en médecine de nationalité française et titulaire du diplôme d'État obtenu devant une Faculté de médecine de France, désireux de prendre part au concours d'assistant d'électro-radiologie sera tenu de se conformer aux prescriptions suivantes :

1° Il devra effectuer un premier stage d'une année comportant deux séjours consécutifs de six mois dans un service central d'électro-radiologie ;

En vue de ce stage les inscriptions seront reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique (Bureau du Service de santé), où un dossier spécial établi au nom de chaque candidat mentionnera :

la date à laquelle commence ce stage ;

les deux services dans lesquels ce stage sera effectué ;

copie de l'ordre de service portant affectation du stagiaire ;

les certificats délivrés par les chefs de service constatant que le stage a été effectué correctement, certificats visés par les directeurs des hôpitaux intéressés ;

le relevé du nombre des présences effectuées dans l'année.

Un certificat de stage signé par le directeur général de l'Administration sera remis à tout candidat qui aura obtenu les certificats prévus au paragraphe précédent, sous la réserve que le nombre des présences constatées au cours de l'année ne soit pas inférieur à 240, compte tenu des absences par congé régulièrement autorisé (deux mois au maximum) et abstraction faite des absences pour cause de maladie dûment justifiée.

Le dossier de chaque intéressé portera en fin de stage la mention « certificat accordé » ou « certificat refusé », suivant le cas.

COMMISSION DE CLASSEMENT.

2° Sous la réserve qu'ils justifient qu'ils sont titulaires des certificats de radiologie et d'électrothérapie de la Faculté de médecine de Paris, les candidats qui seront en possession du certificat de stage prévu au paragraphe précédent (*in fine*) seront admis à prendre part à l'épreuve sur titres qui sera jugée par une commission spéciale de classement.

Celle-ci établira, par ordre de mérite, une liste de candidats, en nombre déterminé un mois à l'avance par décision du directeur général de l'Administration, autorisés à accomplir un deuxième stage d'une année dans les services centraux d'electro-radiologie.

Ce stage sera obligatoirement accompli dans le même service.

A l'expiration de la deuxième année, un certificat de stage sera délivré à chaque intéressé, à la condition qu'il ait satisfait aux obligations prévues au paragraphe précédent en ce qui concerne le premier stage.

La répartition des stagiaires — tant pour la première que pour la deuxième année de stage — sera faite par le directeur général de l'Administration.

Les stagiaires qui n'auront pas été déclarés admis par la commission spéciale de classement chargée d'examiner les titres des candidats seront tenus de recommencer leur première année de stage dans les conditions fixées par le présent règlement.

3° Les candidats titulaires des certificats afférents aux deux années de stage ci-dessus réglementées seront admis à prendre part à l'épreuve pratique qui constituera le deuxième degré du concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; le nombre des candidats à admettre à la suite de cette épreuve sera fixé un mois à l'avance.

A la suite de cette épreuve, les candidats seront nommés assistants d'électro-radiologie des hôpitaux et affectés en cette qualité à un service central pendant les deux années qui suivront leur titularisation.

Les candidats éliminés seront tenus d'effectuer un nouveau stage d'une année dans les conditions ci-dessus déterminées à l'effet d'être admis à prendre part au concours (épreuve pratique) ouvert l'année suivante.

L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1[er] janvier qui aura suivi leur nomination.

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires et parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1[er] janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

Les candidats disposent de dix minutes pour l'exposé oral de leurs titres. Cette épreuve sera cotée de 0 à 10.

Le classement des candidats est effectué d'après la note obtenue par chacun d'eux.

Toutefois, les candidats qui auront obtenu le même nombre de points que le candidat classé le dernier seront également compris dans la liste d'admission.

L'épreuve pratique sera jugée par le jury de la commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats ; elle aura donc lieu pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation comportera deux parties : l'une afférente à la radiologie et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces parties de l'épreuve, les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à 20 pour la radiologie et à 20 pour l'électrologie.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois pour chacune des deux parties de l'épreuve, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

Le programme des matières qui pourront faire l'objet des questions posées par le jury sera arrêté par le directeur général de l'Administration.

Le classement des candidats est effectué d'après la note obtenue par chacun d'eux.

(Le reste sans changement.)

TEXTE NOUVEAU. — *Article 48, paragraphe 16* : L'admission au concours d'assistant d'électro-radiologie comporte obligatoirement — en outre du certificat d'électro-radiologie délivré par la Faculté de médecine de Paris — un stage de onze mois (deux cent cinquante jours de présence au minimum) accompli dans un ou deux services centraux d'électro-radiologie au maximum.

Ce stage sera complété par un séjour d'un mois dans un service de curiethérapie des hôpitaux de Paris.

Ce stage sera réduit à six mois pour les internes des hôpitaux.

A la fin de leur stage, les candidats devront justifier, au moyen d'un certificat délivré par le ou les électro-radiogistes chefs des services centraux dans lesquels ils auront été attachés qu'ils ont effectué leur service dans les divers postes relevant de la spécialité (radio-diagnostic, rœntgenthérapie, électrologie).

Peuvent être admis au stage :

Les docteurs en médecine de nationalité française titulaires du diplôme d'Etat obtenu devant une Faculté de médecine de France ;

Les internes en médecine ;

Les externes et les étudiants en médecine titulaires d'au moins 12 inscriptions.

Les inscriptions en vue du stage seront reçues à l'Administration générale de l'Assistance publique (bureau du Service de santé), où un dossier spécial établi au nom de chaque candidat mentionnera :

la date à laquelle commence ce stage *l*

le ou les services dans lesquels ce stage sera effectué ;

las certificats délivrés par les chefs de service constatant que le stage a été effectué correctement, certificats visés par les directeurs des hôpitaux intéressés ;

le relevé du nombre des présences effectuées dans l'année.

La répartition des stagiaires sera faite par le directeur général de l'Administration.

Un certificat de stage signé par le directeur général de l'Administration sera remis à tout candidat qui aura obtenu les certificats prévus au paragraphe précédent, sous la réserve que le nombre des présences constatées au cours de l'année ne soit pas inférieur à 250, compte tenu des absences par congé régulièrement autorisé (deux mois au maximum) et abstraction faite des absences pour cause de maladie dûment justifiée.

Le dossier de chaque intéressé portera en fin de stage la mention « certificat accordé » ou « certificat refusé », suivant le cas.

A l'issue du stage, les candidats de nationalité française, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine de France, ainsi que de la mention de fin de stage « certificat accordé », pourront être autorisés à s'inscrire en vue du concours d'assistant d'électro-radiologie.

Le jury du concours d'assistant d'électro-radiologie se compose de cinq membres, à savoir :

Un médecin et un chirurgien tirés au sort, soit parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ;

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires et parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit :

1° Une épreuve sur titres.

Les candidats disposent de dix minutes pour l'exposé oral de leurs titres universitaires, hospitaliers et scientifiques. Cette épreuve est cotée de 0 à 20.

2° Deux épreuves pratiques de manipulation afférentes l'une à la radiologie (radiodiagnostic, rœntgenthérapie ou curiethérapie) et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces épreuves, les candidats disposent de quinze minutes qu'ils utilisent à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour chaque épreuve est fixé à 20.

Chaque épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

Le programme des matières qui pourrait faire l'objet des questions posées par le jury sera arrêté par le directeur général de l'Administration.

Le classement des candidats est effectué d'après le total des notes obtenues par chacun d'eux.

(Le reste sans changement.)

Paragraphe 50 nouveau : Dispositisns transitoires. — Les candidats qui sont actuellement inscrits en vue du stage seront admis aux épreuves du concours d'assistant d'électro-radiologie à ouvrir en 1932 sous la réserve qu'ils aient accompli les stages suivants entre le 1er décembre 1931 et l'ouverture du concours :

Un mois en électrologie ;

Deux mois en radiologie ;

Quinze jours en curiethérapie.

NOUVELLES

IVe Voyage Cévennes-Pyrénées. — Le prochain voyage Cévennes-Pyrénées se groupera le 27 août à Montpellier, et sera inauguré le dimanche 28, dans la plus ancienne Faculté de France, sous la présidence de son doyen, M. le professeur Euzière. La direction scientifique sera assurée par les professeurs Paul Delmas et Giraud (Histoire et Pathologie médicale). Le voyage parcourra les rives de la Méditerranée et les cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. Le 29, une réception aura lieu à la Source Perrier, puis, sous la direction de M. Esperandieu, membre de l'Institut, l'on visitera les monuments romains de Nîmes : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, la Tour Magne et le Pont du Gard. On s'engagera ensuite dans les Cévennes, avec l'ascension de l'Aigoual (1 547 mètres), le parcours en bateau des Gorges du Tarn, l'exploration des Abîmes de Bramabiau, de l'Aven-Armand et de la Grotte des Demoiselles ; enfin, la visite de La Malou et de ses cliniques pour le traitement des maladies du système nerveux. Puis, par la Montagne Noire et Mazamet, grand centre industriel, on se rendra à Carcassonne, où la première partie du voyage se terminera le dimanche 4 septembre, après une visite détaillée de la Cité, dirigée par le conservateur M. Embry.

La deuxième partie du voyage s'étendra de Carcassonne à Luchon, par les Gorges de l'Aude, Alet, Usson-les-Bains, Font-Romeu, le Sanatorium des Escaldes et la grande route des Pyrénées : Col de Puymorens (1 918 mètres), Gorges de l'Ariège, Ax-les-Thermes, Audinac, l'Abbaye de Saint-Lizier, Antichan et Saint-Bertrand de Comminges. Cette deuxième partie se terminera à Luchon le mercredi 7 septembre, par la visite de cette station et une ascension à Superbagnères.

La troisième partie commencera à Luchon et continuera la grande route des Pyrénées, par Bagnères-de-Bigorre (réception des montagnards pyrénéens), Lourdes (visite du bureau médical, des Piscines, de la Grotte, de la Basilique et Procession aux flambeaux) ; puis, par le Col du Tourmalet (2 122 mètres), Barèges, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Argelès et les Eaux-Bonnes. La dissociation aura lieu à Pau, après la visite du château d'Henri IV et des sanatoria. Cette partie du voyage sera présidée par M. le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, et dirigée par M. le professeur Creyx (Hydrologie et Climatologie).

Rappelons que ce voyage appartient à la série des Voyages médicaux internationaux dans le Midi de la France, organisés sous le patronage des Facultés de Bordeaux, Lyon, Marseille et Montpellier, par l'initiative des grandes Fédérations médicales de la région (Société médicale du Littoral méditerranéen, Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées). Le plus grand confort possible y est assuré, dans les meilleures conditions économiques. Tous les parcours sont effectués en auto-cars. A l'aller et au retour, les voyageurs seront munis de permis de parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français. Pour les conditions d'admission, écrire sans tarder au secrétariat du Voyage. Le nombre des places est limité. Il est indispensable de bien préciser la partie du voyage à laquelle on désire prendre part ainsi que les itinéraires que l'on veut suivre, à l'aller et au retour. Les adhérents éventuels sont donc instamment priés de donner, dès à présent, ces indications à l'adresse : *Voyage Cévennes-Pyrénées, à la Malou* (Hérault).

Assistant des hôpitaux coloniaux. — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

ARTICLE PREMIER. — Le dernier alinéa de l'article 1er du décret du 22 août 1928, institutiant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux, est remplacé par le suivant :

« Le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux, suivi de la mention de chaque catégorie, n'est définitivement acquis qu'après l'accomplissement d'un stage dont la durée est fixée par décision ministérielle. »

ART. 2. — L'article 2 du décret du 22 août 1928 est remplacé par le suivant :

« Les candidats désignés après chaque concours sont, suivant leur catégorie, placés en stage pour tenir l'emploi d'assistants de médecine, de chirurgie, de bactériologie ou d'électro-radiologie, auprès des chefs de service, dans les hôpitaux militaires, les salles militaires des hospices mixtes, les laboratoires de bactériologie ou les services d'électro-radiologie qui sont désignés par décision ministérielle.

« La nature des emplois à pourvoir et le nombre des emplois à mettre au concours sont fixés par arrêtés du ministre.

« La durée des stages d'assistant des hôpitaux coloniaux ne peut en aucun cas excéder trois années.

« Les assistants placés en stage peuvent participer exceptionnellement, en cas de besoin urgent, à l'exécution du service médical de place ou régimentaire ; des dispositions sont prises pour concilier, dans la meilleure mesure, les obligations du service général et les besoins du service hospitalier. »

ART. 3. — Les dispositions ci-dessus entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1933.

XXVe voyage d'études médicales. — Le XXVe Voyage d'études médicales, placé sous le haut patronage du ministère de la Santé publique, aura lieu, du 8 au 19 septembre 1932, sous la direction scientifique du professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, directeur des VEM., et du Dr Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, directeur adjoint du XXVe VEM.

Il visitera : Pougues (concentration), Saint-Aré, Saint-Honoré-les-Bains, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Néris, Evaux, Châteauneuf-les-Bains, La Bourboule, La Bourboule, le Mont-Dore, Mauriac, Salers, Vic-sur-Cère, Le Puy-Mary, Saint-Nectaire, Royat, Clermont-Ferrand, le Puy-de-Dôme, Durtol, Enval, Châtel-Guyon, Vichy, et se terminera à Vichy, à l'occasion du Congrès international de la lithiase biliaire.

Le trajet sera fait en autocars, de Pougues à Vichy.

Le prix maximum du voyage sera de 1 200 francs, comportant la totalité des frais ; ce prix sera sensiblement diminué si les subventions promises sont versées en temps voulu.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à : Mlle Machure, secrétaire des VEM., 21, rue de Londres, à Paris.

Centres de diagnostic et de prévention (Rapporteur : M. LE MOAL). **(Syndicat général des médecins spécialistes**

NOUVELLES *(Suite)*

de l'appareil respiratoire). — Le Dr Le Moal constate que la majorité du Corps médical est opposée au projet des établissements de diagnostic. Or, les projets de substitution, projet Aube, projet de la Commission confédérale, peuvent être, à la rigueur, acceptés comme une réaction de défense, dans certains départements menacés; ils ne sauraient inspirer une politique confédérale, car ils conduisent à l'effondrement du taux des honoraires et à l'abaissement des tarifs de toute la médecine sociale.

Le rapporteur pense néanmoins qu'une politique d'abstention, à l'égard des caisses et des Pouvoirs publics, n'est pas de nature à arrêter le cours des projets amorcé, dans le sens de la socialisation de la médecine.

Il expose un contre-projet, dont les idées directrices sont les suivantes :

Décaler d'un cran le problème et faire porter l'étude de la question prévention-Diagnostic, sur le terrain prévention-Etablissements.

Treize années de collaboration à la lutte antituberculeuse officielle, les statistiques communiquées par les Comités antituberculeux de deux départements bretons (Finistère, Morbihan), certains articles émanant du Comité national, lui inspirent les observations suivantes :

1° L'armement antituberculeux comporte des armes d'inégale valeur.

Au haut de l'échelle, les préventoriums et l'œuvre Grancher, œuvres excellentes; au bas de l'échelle, les dispensaires, centres de statistiques, alourdis par une fastidieuse besogne bureaucratique et qui, faute de débouchés, pour les sujets dont ils ont la charge, en sont réduits à pratiquer l'éducation prophylactique du public, tâche ingrate, dont la portée sociale est réduite.

Les Pouvoirs publics doivent encourager les organisations de grande valeur, consacrées par l'expériences type : œuvre Grancher, et ne pas employer leurs ressources à une extension inconsidérée des centres de diagnostic type-Dispensaires.

2° La loi des assurances sociales préconise, tous les cinq ans, un examen de prévention.

Or, le système d'entente directe, formellement reconnu par le législateur, ne signifie pas uniquement liberté d'honoraires, mais il implique, pour les médecins, le droit de conduire ses examens selon les règles qu'il juge les meilleures, sans se soucier des schémas administratifs.

La date des examens, leur modalité, la variété des recherches à entreprendre, leur répétition, tiennent à l'âge et au genre de vie des sujets, à certains épisodes physiologiques qu'ils traversent, aux circonstances particulières économiques qu'ils subissent, aux tendances héréditaires. Ces éléments doivent être appréciés, pour chaque sujet, individuellement.

Les stipulations de la loi fixent uniquement le principe de la rémunération de l'examen de prévention à l'assuré et leur répétition tous les cinq ans. Elles ne lient nullement le médecin, pas plus que la limitation des prestations-maladies, à six mois de temps, ne conduit le médecin, à cesser ses soins au tuberculeux ou au malade chronique, cette période limite écoulée.

3° Les circulaires ministérielles englobent sous la rubrique : examens de prévention, des modalités d'examen fort différentes.

Il faut mettre à part l'examen que réclame un sujet averti, par un symptôme révélateur (toux persistante etc...). Ces examens ne sont pas à proprement parler des examens de prévention. Ce sont des examens en vue du dépistage précoce des maladies. Ces types d'examens sont à recommander. Ils relèvent de la médecine courante. En matière d'assurances sociales, ils sont couverts par un tarif de responsabilité qui leur est propre.

Tout différent est l'examen systématique de prévention prévu par la loi, périodiquement, chez des sujets sains, qui ne présentent aucun symptôme, même minime, d'une affection quelconque.

Le principe même de ces examens sytématiques est discutable. A titre d'exemple, en matière de tuberculose, 80 p. 100 des sujets sains, pris au hasard, présentent des anomalies cliniques, radiologiques ou humorales. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne possédons pas de critère qui nous permette de dire que de tels sujets resteront indéfiniment en bonne santé ou qu'ils feront, demain, une tuberculose évolutive.

L'examen systématique conduira nécessairement à des interprétations erronées, à des diagnostics hypothétiques. De tels examens sont de nature à semer dans les familles le doute et l'angoisse, à décupler le nombre des inquiets des anxieux et des phobiques, à créer la névrose de prévention.

Les syndicats médicaux, conseillers techniques des caisses, doivent s'opposer à ce que des sommes considérables soient affectées à ce type de médecine dont l'intérêt n'est pas évident.

La Confédération doit tendre à conserver le caractère facultatif, pour les assurés, de tels examens, ainsi que la loi l'a prévu jusqu'à ce jour.

4° Il n'y a pas de crise de diagnostic.

Les malades sociaux trouvent aisément, et en tous lieux, des organisations de diagnostic qui suffisent à leurs besoins : les cabinets médicaux des praticiens, des spécialistes, les établissements divers d'assistance.

Toute nouvelle organisation est superflue, de nouveaux organismes de ce genre ne seraient que la doublure d'organisations déjà existantes.

Il y a, par contre, une pénurie navrante d'établissements de prévention. Il existe un nombre impressionnant de sujets étiquetés, catalogués, diagnostiqués, qui attendent l'heure du placement salutaire.

En résumé, pour faire utilement de la prévention, ce ne sont pas des organisations de diagnostic qu'il faut, ce sont des établissements de prévention.

La Confédération ferait œuvre utile, en soumettant un projet d'organisation prophylactique dont les premières réalisations devraient être les suivantes :

A. — Acquisition dans chaque département d'une œuvre Grancher.

B. — Développement de l'œuvre des placements des tout-petits.

C. — Création d'un ou deux préventoriums par département.

D. — Etude des modifications à apporter à la loi des Assurances sociales en vue de faire bénéficier les tuberculeux des trois années de prestations-maladies, par analogie, avec le statut qui régit les fonctionnaires de l'Etat.

E. — Subvention des Assurances sociales aux centres

NOUVELLES (*Suite*)

de recherches scientifiques, créés dans le but d'étudier le vaccin ou le traitement curateur d'une maladie contagieuse.

F. — Etude des modifications de la loi en vue de faire bénéficier les sujets, admis au préventorium, de la totalité du prix de journée et de l'application de cette disposition au delà de six mois, c'est-à-dire pendant tout le temps que persiste le risque de contamination familiale.

Le rapport de M. Le Moal fut adopté à l'unanimité par le Conseil d'administration du S. A. R.

Service de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 21 janvier 1932, les mutations suivantes ont été prononcées (service) :

DÉSIGNATIONS COLONIALES. — *En Indochine.* — Embarquement à partir du 25 février 1932 : M. le médecin commandant Dodoz, du 24e régiment de tirailleurs sénégalais (servira hors cadres).

Embarquement à partir du 25 mars 1932 : M. le médecin commandant Loupy, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille.

Embarquement à une date ultérieure : M. le médecin capitaine Przemsky, du 41e régiment de mitrailleurs malgaches.

M. le médecin capitaine Llioste, du dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux).

En Afrique occidentale française. — Embarquement à partir du 25 février 1932 : M. le médecin lieutenant colonel Robert (L.), de l'hôpital militaire de Fréjus (servira hors cadres).

M. le sous-lieutenant d'administration Chandelier, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille.

M. le sous-lieutenant d'administration Sirougnet, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille (servira hors cadres).

M. le sous-lieutenant d'administration Leual, de la 1re sous-intendance coloniale, à Marseille (servira hors cadres).

Embarquement à partir du 25 mars 1932 : M. le médecin capitaine Riou, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille (servira hors cadres).

Embarquement à une date ultérieure : Le médecin commandant Jouhaud, du 42e régiment de mitrailleurs malgaches (servira hors cadres).

En Afrique équatoriale française. — Embarquement à partir du 25 février 1932 : M. le sous-lieutenant d'administration Gendre, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille.

Au Cameroun (hors cadres). — Embarquement à partir du 25 mars 1932 : M. le médecin lieutenant-colonel Ledentu (G.), du 24e régiment d'infanterie coloniale Désigné hors tour pour service en qualité de chef du service de santé.

Embarquement à partir du 25 février 1932 : M. le médecin capitaine Filoussi de l'hôpital militaire de Fréjus.

Au Togo (hors cadres). — Embarquement à partir du 25 mars 1932 : M. le médecin capitaine Cheneveau, du 10e régiment d'artillerie coloniale.

M. le sous-lieutenant d'administration Archambaud, de la section mixte des infirmiers militaires des troupes coloniales à Marseille (servira hors cadres).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

25 JUILLET. — *Paris.* Congrès quinquennal international d'homœopathie.

25 JUILLET. — *Bruxelles.* Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

27 JUILLET. — *Limoges.* Inauguration du monument à la mémoire du professeur GILBERT-BALLET.

1er AOUT. — *Vichy.* Clôture des inscriptions pour le Congrès international de la lithiase biliaire.

15 AOUT. — *Copenhague.* Congrès de la lumière.

17 AOUT. — Voyage médical au Canada et aux Etats Unis (*Univers médical*).

21 AOUT. — *New-York.* Congrès international d'Eugénique.

22-27 AOUT. — *Copenhague.* Congrès international de psychologie.

29 AOUT. — *Rome.* Congrès international de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andrea delle Dame, Naples, 21).

5 SEPTEMBRE. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 SEPTEMBRE. — *La Haye.* Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 SEPTEMBRE. — *Pougues.* Date et lieu de concentration des participants au VEM.

9 SEPTEMBRE. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

CHRONIQUE DES LIVRES

Traitement de la tuberculose par la sanocrysine, par le Dr Knud Secher, médecin-chef à l'hôpital de Bispobjerg (Copenhague). 1 vol. in-16 de 110 pages avec 21 figures. Prix : 25 francs (*Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris*).

Le traitement de la tuberculose par la sanocrysine est très exigeant : le médecin traitant doit appliquer un traitement minutieusement adapté aux exigences de chaque cas en particulier. Toutefois, si le traitement est mis au point, la sanocrysine permet d'obtenir un résultat surprenant, même dans les cas où tout autre mode de traitement aurait été vain.

Ce volume a pour mission de servir de guide sommaire du traitement de la tuberculose médicale par la sanocrysine et de permettre une orientation rapide dans toutes les questions qui s'y rapportent.

Les troubles du sommeil (hypersomnies, insomnies, parasomnies), par Henri Roger (Collection *Médecine et Chirurgie pratiques*). Prix : 20 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*, 1932).

Le sommeil a fait l'objet, de la part des biologistes et des cliniciens, d'une longue série de travaux. Toutefois, la plupart d'entre eux envisagent beaucoup plus le côté physiologique et philosophique du sommeil que le côté pathologique.

Ce petit livre a précisément pour but de faire connaître au médecin, à un point de vue pratique, les différents troubles du sommeil et le traitement applicable à chacun d'eux. Un important chapitre préliminaire nécessaire pour la compréhension des syndromes pathologiques est réservé au sommeil normal, à son étude physiologique, à son mécanisme.

Parmi les troubles du sommeil, les plus fréquents sont les *hyposomnies*, plus communément appelées *insomnies*. Leur étude comporte un important chapitre thérapeutique, comprenant en particulier les données les plus récentes sur les *hypnotiques*.

L'auteur divise les *hypersomnies* en deux groupes : *hypersomnies* du type *continu*, durant souvent plusieurs jours ou plusieurs semaines, et *hypersomnies paroxystiques*, ne dépassant pas quelques minutes ou quelques heures et réalisant le tableau connu sous le nom de *narcolepsie*.

Après avoir décrit ces deux variétés opposées, il réserve une place, moins importante, mais nécessaire, à une série de petits troubles de la fonction hypnique, assez fréquents, mais trop négligés par les auteurs, viciations du sommeil, auxquelles il donne le nom de *parasomnies* (rêves et cauchemars, somnambulisme, arythmies du sommeil, etc.).

Une des principales idées directrices de ce travail est la distinction dans le sommeil de trois éléments suceptibles d'être séparés, en physiologie comme en pathologie, quoique s'intriquant souvent les uns aux autres : *sommeil végétatif, sommeil cérébro-spinal, sommeil psychique*. Chacun de ces sommeils peut être plus ou moins perturbé et de façon parfois différente dans les divers syndromes observés.

Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène recueillis par ses élèves. II. Appareil génital de la femme (première partie), par P. Moulonguet et S. Dobkevitch. Un volume de 286 pages avec 162 figures. Prix : 75 fr. (*Masson et Cie éditeurs, à Paris*).

Le premier volume des *Diagnostics anatomo-cliniques*, de Paul Lecène, dernièrement publié, était consacré aux lésions du sein. Dans ce second volume et dans le troisième seront étudiées les affections de l'appareil génital de la femme.

Ce volume est présenté comme le premier de cette série; son importance matérielle est plus considérable et il ne comprend pas moins de 162 figures, presque toutes originales. Pour chacune des affections exposées on y trouvera une interprétation minutieuse des signes cliniques, mais aussi un exposé des techniques spéciales, surtout histologiques et bactériologiques, auxquelles le chirurgien devra avoir recours pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, avant, pendant et après l'opération. C'est ce qui différencie nettement ces travaux des traités de *diagnostic chirurgical* habituels.

I. *Lésions chirurgicales vulvo-périnéales et vaginales* : lésions mécaniques, lésions inflammatoires, lésions dystrophyiques, lésions néoplasiques bénignes, lésions néoplasiques malignes.

II. *Lésions de l'utérus et de ses annexes* : grossesse ectopique, les accidents de l'avortement, l'infection gonococcique, les infections utéro-annexielles en dehors de la blennorragie et de l'infection puerpérale, les lésions infectieuses de l'ovaire, la tuberculose utéro-annexielle et la syphilis génitale, la torsion des annexes.

Il est presque superflu d'insister sur le puissant intérêt que présente un pareil ouvrage. La perte irréparable que la science chirurgicale a faite en la personne de ce chirurgien si complet qu'était Paul Lecène est atténuée par la piété de ses élèves et collaborateurs fidèles qui ont réuni les matériaux amassés par leur chef. Ils vont élever ainsi peu à peu le monument que le maître avait projeté et que sa double compétence de chirurgien et d'anatomiste devait faire si grand.

Albert Mouchet.

L'infarctus du myocarde. Etude clinique et électrocardiographique, par Y. Delrous. Un volume in-16 : 40 francs (*G. Doin, éditeur, Paris*).

Cet ouvrage constitue une mise au point complète de l'étude clinique et électrocardiographique de l'infarctus du myocarde. Après un historique détaillé, l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution, les complications, le diagnostic, les données expérimentales et électrocardiographiques sont longuement étudiés.

L'auteur a réuni les faits épars dans la littérature médicale française ou étrangère et s'est surtout attaché à faire un travail critique, montrant, d'après les recherches personnelles et l'analyse détaillée de cent cas d'infarctus, la fréquence, la valeur sémiologique, la pathogénie, les relations avec les formes anatomo-pathologiques des symptômes observés. Il montre ensuite comment les symptômes se groupent de façon à constituer des types cliniques, les uns faciles à diagnostiquer, les autres susceptibles d'égarer un diagnostic.

Une étude électrocardiographique fait le point sur la valeur des altérations du tracé, observées dans l'infarctus.

L'ouvrage contient en outre dix observations inédites, toutes contrôlées, et une imposante bibliographie.

VARIÉTÉS

AUTOUR DE LA PREMIÈRE LEÇON D'UN PROFESSEUR BIBLIOTHÉCAIRE

Au cours de l'année 1795, en présence des représentants du peuple Plaichard et Baraillon, dans un amphithéâtre rempli de citoyens élèves, le professeur bibliothécaire M. Sue prononce un discours qui fit époque. Ce fut une véritable leçon inaugurale, consacrée à la bibliographie médicale.

Nous avons pensé que, autour de cette leçon, nous pouvions rapporter quelques souvenirs de nos lectures sur un sujet peu connu.

***

Au cours du XIVe siècle, à l'angle de la rue de la Bûcherie et de la rue des Rats, s'élevait le premier immeuble abritant la docte Faculté de médecine. Quelques livres, attachés par des chaînes de fer, étaient à la disposition des maîtres et des philiatres. Dès 1391, nous lisons que le doyen était autorisé à prêter, sous caution monnayée, quelques-uns des treize volumes que le premier inventaire, daté de 1395, nous fait connaître. Le doyen en était naturellement le dépositaire responsable.

M. le Dr Hahn, fils et neveu de savants bibliothécaires, a consacré sa thèse à étudier l'histoire « du plus beau et du plus noble monument consacré à la gloire de la médecine et des savants qui l'ont illustrée et simplement et fidèlement servie ».

Les deux richesses fondamentales de la Bibliothèque de la Faculté sont les sources pour étudier le passé et le perpétuer et des ressources pour connaître les travaux d'aujourd'hui et préparer ceux de demain. *Ex præterito spes in futurum.* Le catalogue est l'âme vivante de toute bibliothèque, et voici plus de trois siècles que la nôtre s'enrichit chaque jour. Avec les médecins latinistes Guy Patin, Théophraste Renaudot, ont compté à la bibliothèque de très nombreuses éditions d'Hippocrate, de Gallien, d'Avicenne, de Guy de Chauliac, d'Ambroise Paré, et naturellement pêle-mêle, des ouvrages de scolastique, de philosophie, de théologie, de sciences naturelles, de voyages.

Avec le XVIIIe siècle, la bibliothèque devient encyclopédiste, car tout médecin doit se piquer d'être philosophe, naturaliste, physicien, chimiste et ami des belles-lettres. Notre bibliographie médicale reflète alors l'état d'âme de l'encyclopédiste. L'histoire naturelle de Buffon y voisinait avec des ouvrages de Quesnay.

A la fin du XVIIIe siècle, le désordre régnait en maître à la Bibliothèque de la Faculté. La Révolution arrivait à point pour faire table rase, d'abord des institutions anciennes, et réédifier sur des bases nouvelles l'enseignement de l'« art de guérir ». Le citoyen Sue, nommé professeur bibliothécaire, va essayer de transformer les services qui lui sont confiés. Nous ne pouvons résister au désir de transcrire cette leçon, véritable document qui semble s'adapter à notre histoire contemporaine.

« Citoyens élèves,

« Je suis chargé de l'importante fonction de vous donner des leçons sur la bibliographie et la biographie médecinales ; j'ai senti toute l'étendue, toutes les difficultés de la tâche qui m'est imposée ; mais j'ai compté sur l'indulgence du public, sur celle de mes collègues, et sur la vôtre. J'ai compté sur les conseils de mes amis, sur leur sage critique, sur celle même des Zoïles de ce siècle, quand elle sera juste, et non dictée par l'humeur ou la malveillance ; de tels critiques ressemblent à ces insectes parasites qui s'attachent aux fruits moins pour s'en nourrir que pour les gâter et les corrompre.

« Destinés à la noble fonction de conserver, de réparer le plus bel ouvrage qui soit sorti des mains du créateur, ne perdez jamais de vue, citoyens, la dignité, l'importance de la profession que vous embrassez. Songez que dans nombre de circonstances, vous devenez les premiers amis de l'humanité, surtout lorsque de funestes querelles, divisant les empires, les livrent à toutes les horreurs de la guerre. Ministres de paix, dans des temps de fureur, vous seuls opposez à l'art barbare de détruire l'art salutaire de conserver. Portant partout l'espoir et la vie, vous établissez, sur le théâtre même du carnage, le triomphe de la bienfaisance et de l'humanité.

« Si vous voulez répondre à la générosité de la République envers vous, ne négligez aucun des moyens qui vous sont prodigués pour votre instruction ; si vous suivez assidûment les leçons que les professeurs de cette école se font encore plus un plaisir qu'un devoir de vous donner, vous vous rendrez dignes des bienfaits dont la nation vous comble. Redoublez d'ardeur et de travail pendant les deux années qui vous restent à consacrer à votre avancement dans l'art de guérir ; qu'elles soient employées à vous perfectionner dans la pratique d'un art qu'on apprend pendant toute la vie, au moins à vous mettre en état de répondre à la confiance de vos citoyens. C'est le vœu des représentants du peuple qui surveillent cette école ; c'est celui de vos professeurs ; puissent-ils être remplis suivant vos désirs ! puissions-nous applaudir un jour à vos nombreux succès. Puissé-je en mon particulier, après avoir employé mes veilles pour vous faire connaître les meilleures sources où vous puiserez les théories de la science, mériter votre reconnaissance, et trouver en vous, non plus des

pisciples assidus, mais des concurrents, des maîtres, et même des amis. »

Et voici que le professeur entre dans le corps de son sujet :

« On peut dire que c'est le bibliographe qui prépare le travail de l'historien, que ce sont les matériaux qu'il ramasse avec choix et discernement, qui sont la base de l'édifice que celui-ci élève à la postérité. Un fait bien certain, c'est qu'on peut être bibliographe sans être historien, mais qu'il est difficile d'être bon historien, sans avoir été d'abord bibliographe.

« Malgré cela, les recherches bibliographiques et biographiques ne sont pas appréciées à leur valeur ; elles n'inspirent pas en général un grand intérêt, soit au lecteur, soit à l'éditeur, qui n'y voient, le plus souvent, que le plaisir qu'on leur procure de satisfaire leur curiosité.

« Le commun des lecteurs regarde un bibliographe comme un copiste qui n'a besoin que de savoir lire, écrire, traduire, et disposer sa matière par ordre alphabétique, ou autrement. pour faire un livre. On ne réfléchit pas que les devoirs qu'il a à remplir l'obligent d'entrer dans une carrière plus laborieuse, le forcent souvent de vérifier la chronologie et la géographie, pour ramener dans la première la variété des dates à la justesse des époques, et indiquer dans la seconde le nom et la véritable situation des lieux où a écrit l'auteur qu'il cite. On ne fait pas attention qu'il faut toujours faire une espèce de confrontation des auteurs qui ont traité le même sujet, non seulement pour les placer chacun à leurs rangs, mais même pour les juger suivant leurs différents mérites. Qu'il faut retrancher, élaguer ou supprimer ceux qui sont répétés sous différentes nomenclatures. Il n'y a que les vrais savants qui connaissent l'utilité, la nécessité même des recherches bibliographiques, qui sachent combien est pénible et fastidieux le travail de celui qui y consacre son temps et ses veilles.

« Ces réflexions sont autant applicables à la bibliographie médicale qu'à toute autre; mais celle-ci présente un intérêt bien plus important, puisqu'elle conduit à la connaissance et à la guérison des infirmités humaines ; aussi son étendue n'a-t-elle pas de bornes, et augmente-t-elle en raison des progrès que fait l'art de guérir.

« C'est sans doute dans la vue de favoriser, de hâter même les recherches bibliographiques en médecine, que l'ex-comité d'instruction publique a arrêté l'établissement d'une bibliothèque dans l'École de santé ; son intention était aussi qu'elle devînt utile et profitable à tous les gens de l'art. Cela est si vrai que, dans une des feuilles qui contiennent les questions relatives à l'organisation de la bibliothèque et sur lesquelles le comité a cru devoir consulter l'École, il y en a une sur la manière de jouir de la bibliothèque. »

***

Qu'avons-nous à ajouter à une pareille étude et quels commentaires pourrions-nous faire ? Cette citation que nous venons de donner résume, pour nous, notre compréhension bibliographique.

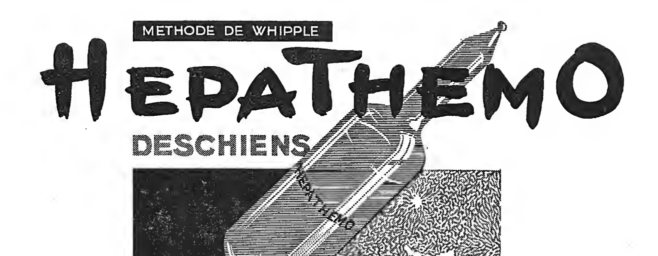
Sue continue sa leçon en décrivant les diverses éditions qui ont été faites des livres hippocratiques. A la date de son cours, on en compte plus de deux cents en toutes les langues anciennes. 1784 date celle du savant Bosquillon, établie sur un manuscrit du XIIe siècle, mais en la comparant à vingt autres, ce qui donne la mesure de la conscience et de la science de cet éminent maître. Pour Gallien, plus de douze cents ouvrages ont été consacrés à son Anatomie. Le maître imprimeur Henri Etienne, au XVIe siècle, imprime ou édite ce que l'on a appelé sa « collection complète des livres de médecine ». Puis enfin les travaux de Haller, Boerhave, Bordeu, Lapeyronnie, Dionis, et l'on n'est pas peu surpris de voir Aristote et Hippocrate inspirer encore ces auteurs qui considèrent ces grands maîtres comme leurs précurseurs.

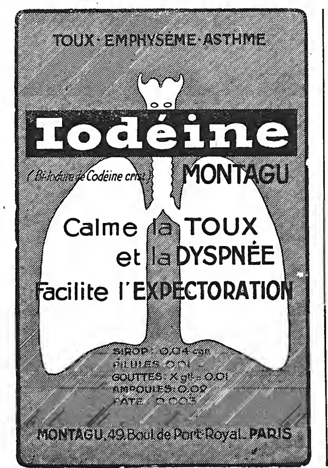
« Après ce discours, continue le commentateur, on a remis aux représentants du peuple l'état circonstancié des examens des élèves qui ont eu lieu à la fin du semestre, suivant la loi du 20 ventôse dernier, et du jugement des professeurs sur la nouvelle classification des élèves. Il en résulte que sur les 300 salariés par la nation pour suivre les exercices de l'école, un seul, le citoyen Dano, a été jugé digne de passer de la troisième classe à la première ; que treize de la seconde ont passé à la première ; que six sont descendus de la seconde à la troisième, et que trente-quatre ont monté de la troisième à la seconde.

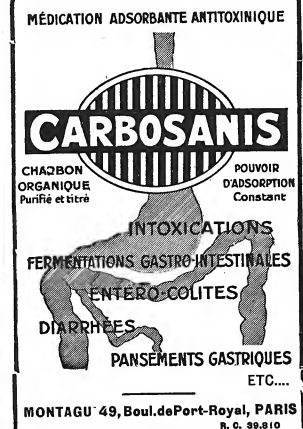
« Le citoyen Baraillon a loué et encouragé le zèle et l'activité des élèves qui se sont rendus dignes de monter dans une classe supérieure ; il a donné le baiser fraternel à celui qui est monté de la troisième à la première.

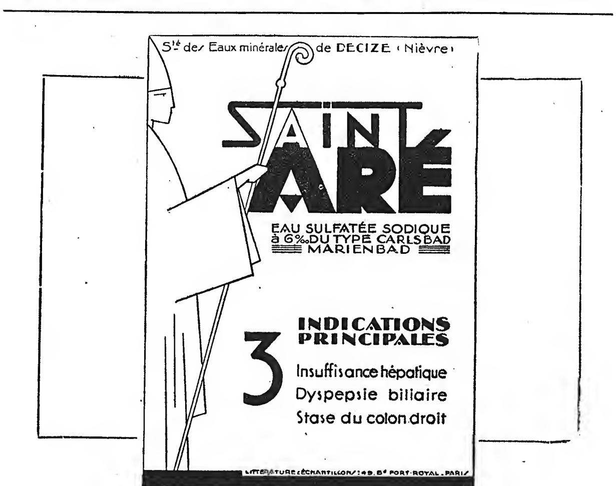
« Les représentants du peuple, accompagnés des professeurs et des élèves, ont ensuite visité la bibliothèque et les cabinets, ils ont applaudi à l'ordre et à l'arrangement des différentes parties qui les composent et ont témoigné aux professeurs dépositaires combien ils étaient satisfaits du zèle et des soins apportés à accélérer la jouissance d'établissements aussi utiles.

« L'empressement de l'École de santé pour faire jouir le public de sa bibliothèque a hâté le moment de son ouverture ; les travaux qu'elle exige encore, l'embarras des ouvriers, et d'autres causes, forcent


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS
Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop
SYNDROMES
ANÉMIQUES
DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE
9 RUE PAUL BAUDRY. PARIS VIII


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
(Bi-Iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0.04 cgr
PILULES : 0.01
GOUTTES : X gttes = 0.01
AMPOULES : 0.02
PÂTE : 0.003
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON
ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR
D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTERO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810



Sté des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)
SAINT ARÉ
EAU SULFATÉE SODIQUE à 6‰ DU TYPE CARLSBAD MARIENBAD
3 INDICATIONS PRINCIPALES
Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit
LITTÉRATURE : ÉCHANTILLONS : 49, Bd PORT-ROYAL - PARIS

VARIÉTÉS *(Suite)*

de borner, pour le présent, cette ouverture aux quintidi et decadi, depuis dix heures du matin jusqu'à deux heures. Sitôt que la bibliothèque pourra être ouverte plus souvent, le public en sera prévenu par de nouvelles affiches. »

***

Parmi les richesses accumulées depuis trois siècles auprès de la Faculté de médecine de Paris, il faut signaler les collections inestimables de thèses dont les bibliographies permettent de suivre les sources qui ont été utilisées pour leur rédaction.

M. le Dr André Hahn, sous la direction de son père, notre savant ami M. Lucien Hahn, a consacré la deuxième partie de sa thèse à la bibliographie. M. Lucien Hahn écrivait dès 1897 : « Toutes les personnes que la nature de leurs études obligent à se livrer à des recherches bibliographiques savent les difficultés auxquelles on se heurte généralement dans ce genre de recherches. Il est difficile de traiter un sujet quelconque sans tenir compte de ce qu'ont fait ceux qui nous ont précédés; mais le plus souvent les intéressés le savent, pour rechercher les documents dont ils ont besoin. Il est donc de toute nécessité de connaître les instruments de travail mis à la disposition des lecteurs et la méthode pour s'en servir. Les lecteurs disposent de catalogues sur fiches et de répertoires bibliographiques très demandés. Les tables de thèses complètent cette instrumentation.

M. André Hahn, étudiant ensuite la bibliographie rétrospective, puis la bibliographie courante, cite, en France et pour l'étranger, les différents index connus : dictionnaires, encyclopédies, traités divers sont les matériaux qui doivent être consultés.

Pour la médecine et les sciences biologiques, M. Lucien Hahn a publié une étude analytique des principaux répertoires bibliographiques concernant les sciences médicales et a montré leur utilité dans les recherches scientifiques. Nombre d'auteurs ont précédé ou suivi M. Hahn.

L'*Index medicus*, à partir de 1879, a été publié à New-York, Leypold, puis Boston. A partir de 1927, le *Quaterly Cumulative Index medicus* de Chicago continue l'*Index medicus* grâce aux ressources considérables de l'*American Medical Association* et à la collaboration du bibliothécaire de Washington.

En 1926, le Congrès pour l'avancement des sciences émit le vœu que fût créé à Paris un Institut bibliographique pourvu d'une organisation moderne permettant de tenir à jour les références en toutes langues des travaux publiés sur l'ensemble des sciences qui concourent à l'art de guérir. A la vérité, diverses tentatives des plus louables avaient essayé vainement de réaliser avant la lettre le vœu proposé par le Congrès.

Tenant compte de ces desiderata, la direction du journal *le Monde médical* prit la décision de s'atteler à cette vaste besogne, et dès le 1er janvier 1927 offrait ses services à tous les chercheurs.

Depuis ces cinq années, près de 1 500 000 fiches ont été relevées et classées par matière et par auteur. Plus de 20 000 dossiers ont été établis, renfermant articles, notes et résumés sur la médecine, la chirurgie et les spécialités. C'est par milliers que, de tous les points du monde, sont posées des questions aux services des Fichiers du *Monde médical*, qui a tout mis en œuvre pour donner satisfaction aux maîtres, praticiens, étudiants qui ont recours à eux. Trois salons de lecture sont annexés au service technique, et chacun, aidé par des collaborateurs spécialisés, peut entreprendre telle recherche qu'il a décidé de mener à bien.

Une fois encore, le présent, fils du passé, aura préparé l'avenir.

Dr MOLINÉRY
(Luchon).

REVUE DES REVUES

Entérite tuberculeuse. Le traitement des diarrhées tuberculeuses par le gluconate de calcium, en injections intraveineuses (M. LEFÈVRE, **Réunion trimestrielle des médecins d'Hauteville**, 9 novembre 1931).

L'auteur relate cinq cas de diarrhées bacillaires particulièrement tenaces qu'il a traitées par le gluconate de calcium. Tous ces malades étaient des tuberculeux pulmonaires et dans un état grave. L'auteur a généralement pratiqué les injections de gluconate à la dose de 10 centimètres cubes quotidiennement (ampoule de 10 centimètres cubes de « Calcium-Sandoz »). L'état général des malades s'améliora très vite. Les selles devinrent régulières et normales. Le poids s'éleva. Ce qui permit de faire bénéficier les malades d'un traitement aurique simultané.

Chez un seul de ces malades, la diarrhée réapparut quelques semaines plus tard, coïncidant avec une extension massive des lésions pulmonaires.

La calcithérapie a toujours été bien supportée, que les injections aient été faites par voie endoveineuse ou intramusculaire.

De l'avis de l'auteur, la médication calcique est de loin la plus fidèle dans le traitement des entérites tuberculeuses.

Mais il est nécessaire de la poursuivre pendant plusieurs semaines et à dose suffisante (10 centimètres cubes de la solution de gluconate de Ca à 10 p. 100, quotidiennement).

Dr LANTIEZ.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

(Suite).

En matière d'accidents d'automobile, les lecteurs de *Paris médical* savent déjà que la Cour de cassation a établi le principe d'une présomption de faute contre le gardien de la chose, et cette jurisprudence a tendance à s'étendre à tous les accidents causés par des choses inanimées, la Cour de cassation estimant que le gardien de la chose est responsable de tous les dommages que peut causer cette chose, sans même qu'il y ait à prouver une faute de l'exercice de la garde.

A ce propos, rappelons ce jugement du tribunal de la Seine qui a condamné le propriétaire d'un immeuble à des dommages-intérêts envers une locataire, uniquement pour ce fait que la locataire était tombée sur la grille du seuil et par le fait de cette grille, sans que le tribunal ait recherché si le propriétaire avait commis une faute soit dans le placement de la grille soit dans son choix, soit dans son entretien.

Déjà quand nous avons commenté l'arrêt du Dr. Dujarrier, nous avons prévu l'argument que ne manqueraient pas de tirer de la jurisprudence de la Cour de cassation les demandeurs en responsabilité. Puisqu'on est responsable du fait de la chose dont on a la garde, puisque le propriétaire est responsable de son escalier, le chauffeur de sa voiture, le promeneur de sa bicyclette, l'enfant de sa patinette, le médecin est responsable de son bistouri, le radiothérapeute de ses appareils.

C'est pourquoi, devant la Cour d'Aix, les demandeurs ont plaidé que le médecin poursuivi était responsable des appareils de radiothérapie dont il avait la garde.

Il faut reconnaître cependant que jusqu'à présent les tribunaux n'ont pas été jusque-là et qu'ils ont repoussé le principe d'une présomption de responsabilité fondée sur la garde des choses inanimées qu'utilise le médecin. C'est notamment ce qui a été jugé par le tribunal de la Seine, le 3 janvier 1930 (*Gaz. Pal.* 1930-1-433).

Cette inapplicabilité de l'article 1384 se justifie d'ailleurs, car elle conduirait à des absurdités.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

La présomption de faute établie par l'article 1384 n'est détruite que si le défendeur établit que le dommage causé est dû à une force majeure, à un cas fortuit, à la faute de la victime ou à l'existence d'un fait étranger qui ne lui est pas imputable.

Or, comme dans tous les cas le médecin use sciemment de la chose qui cause le mal ; comme c'est volontairement qu'il se sert d'instruments tranchants ou d'appareils dangereux, il ne pourrait jamais détruire la présomption de l'article 1384 en prouvant un cas fortuit ni une force majeure. Il ne pourrait pas davantage prouver la faute de la victime, puique le patient est généralement immobile et souvent endormi.

Au point de vue du droit, cette présomption ne peut non plus être admise, car on ne peut assimiler les accidents qui surviennent au cours d'interventions chirurgicales aux accidents de la rue. Dans ce dernier cas, le piéton renversé, la voiture heurtée sont des tiers qui n'ont aucun lien de droit avec l'auteur de l'accident ; et c'est en vertu du droit pénal seul que ces tiers ont une action contre l'auteur de l'accident.

Au contraire, en matière médicale, une convention est intervenue entre le médecin et son malade : celui-ci a sollicité des soins, il a accepté les risques de l'opération ; il a donc participé à l'usage des choses qui ont causé son préjudice.

On peut assimiler cette situation à celle du transporté gratuit en matière d'accident automobile. La Cour de cassation en effet, qui admet la présomption de faute contre le conducteur d'une voiture qui a renversé un piéton, reconnaît que les voyageurs transportés à titre gratuit doivent, pour établir la responsabilité du conducteur, établir sa faute et ne peuvent fonder leur réclamation sur une présomption de responsabilité qu ne s'applique pas.

Enfin on ne peut pas dire en matière médicale que c'est l'instrument ou l'appareil qui, envisagé comme une chose inanimée, a causé le dommage en réalité, c'est la volonté du praticien qui a fai un usage plus ou moins heureux de cette chose ; de telle sorte que la chose n'est plus inanimée, dès l'instant qu'elle est entre ses mains.

Et cette vérité est tellement évidente que le médecin n'est pas responsable de tout préjudice

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

causé par un traitement, mais uniquement des préjudices qui ont leur cause dans une erreur, une négligence, une maladresse, tous éléments qui doivent être appréciés par les tribunaux et qui, dans la plupart des cas, font l'objet d'expertises.

Par conséquent, la prétention de ceux qui voudraient que le médecin fût responsable par présomption du fait des appareils ou des instruments dont il a la garde ne peut être admise en aucun cas.

La Cour d'Aix a repoussé elle aussi le principe de la présomption de responsabilité, mais pour arriver à conclure à une prescription trentenaire il fallait bien qu'elle donnât comme base de l'action en dommages-intérêts une faute civile et non un délit. C'est pourquoi la Cour d'Aix a décidé que la responsabilité du médecin était fondée sur une inexécution du contrat ; la convention étant à la base de la responsabilité, l'infraction à cette convention est une faute civile et la responsabilité est une responsabilité contractuelle. Si bien que, comme toutes les responsabilités contractuelles, elle ne se prescrit que par trente ans.

Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, pour que, en présence d'une convention, la prescription criminelle s'applique à l'action civile, il faudrait que cette action ait exclusivement pour base une infraction pénale ; et un arrêt de la Cour de cassation du 21 avril 1913 (Dalloz 1913-1-249) décide que l'action civile n'est pas éteinte par la courte prescription de trois ans quand il s'agit d'actions qui, en dehors du fait délictueux, ont leur principe dans un contrat antérieur ou dans une disposition du droit civil.

(Cassation, 27 avril 1931 : Dall. hebd. 1931, p. 348.)

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'app i.

NÉCROLOGIE

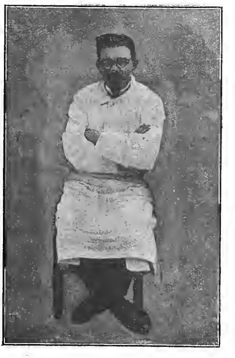
JACQUES DUMONT (1887-1932)

L'Internat vient de perdre l'un des meilleurs des siens.

Le Dr Jacques Dumont est mort, enlevé par un mal implacable qu'il supportait stoïquement depuis plus de deux ans.

Il laisse le souvenir d'un savant désintéressé, tout entier à ses recherches, à ses malades, à la belle tenue de la profession.

Les plus belles qualités du cœur et de l'esprit aux prises avec la malchance la plus tenace, ainsi pourrait s'intituler la vie de notre regretté collègue.



Le Dr Jacques DUMONT.

Un malheur irréparable attriste son enfance.

Orphelin de père dès le tout jeune âge, Jacques Dumont vint à Paris accompagné de sa mère qui l'entourait, lui et ses frères, de la plus intelligente sollicitude.

Après de brillantes études au lycée Lakanal, il se sentit gagné par la vocation médicale. Elle fut pour lui l'occasion des plus rapides succès. L'externat puis l'internat presque aussitôt conquis, il devint l'élève hautement apprécié de Roubinovitcch, d'Oulmont, de Mosny, de Carnot, de Gilbert.

Au retour de la guerre, comme il venait de passer sa thèse, une pénible révélation l'attendait. Sa mère avait épuisé pour lui la totalité de ses ressources et, comme des deuils successifs le laissaient seul de ses fils, c'était à lui d'assurer leurs deux vies.

Malgré les plus grosses difficultés matérielles, Jacques Dumont ne se départit point d'une belle activité scientifique.

Tour à tour chef de laboratoire et chef de clinique de Gilbert assistant de Baudouin à Brévannes, chef de laboratoire de Carnot, assistant de Jomier, il partage pour le mieux son temps entre la recherche et les obligations de la profession.

Tous ceux qui l'ont vu auprès de ses malades ont connu la sûreté de son observation. Clinicien de premier ordre, il savait mettre autant de douceur que de méthode dans ses examens et les jeunes stagiaires se plasaient à admirer la clarté et l'élégance de sa présentation.

Il n'avait pas moins de succès comme conférencier d'internat.

Au laboratoire, c'est à lui qu'on s'adressait pour une technique nouvelle et délicate, et la discipline qu'il s'imposait dans tous les temps de la recherche donnait à son travail une valeur inattaquable. Jacques Dumont publiait peu, mais ce qu'il a écrit sur la constitution des épanchements pleuraux, sur l'étiologie des ictères infectieux, sur l'histogenèse des calculs biliaires suffit à donner la mesure de ses belles qualités scientifiques.

On ne peut se défendre d'un véritable sentiment de consternation en méditant sur le malheureux sort qui était réservé à Jacques Dumont.

Le mal qui devait l'emporter débuta il y a deux ans. Trop bon clinicien pour se tromper sur lui-même, il fit d'emblée son pronostic. Il n'en continua pas moins à travailler sans relâche, jusqu'à la dernière limite, soutenu seulement par l'affection qu'il portait à sa mère, dont la douleur nous émeut dans une respectueuse et profonde sympathie.

Jacques Dumont comptait de solides amitiés.

Il fut de ceux dont la médecine s'honore.

Il est sûr d'échapper au néant de l'oubli.

H. B.

HENRI CARRION (1866-1932)

Henri Carrion a succombé le 6 juillet à une maladie rapide, sur la terre bretonne où il avait coutume de passer chaque année la belle saison dans une paisible retraite qu'il s'y était aménagée. Sa mort surprend, car il était robuste, et elle émeut de sympathie douloureuse les milieux médicaux, car il s'y était fait profondément estimer et aimer.

Avant de fonder avec le concours d'Hallion, son ami de vieille date, un laboratoire personnel où tous ses auxiliaires sont devenus ses amis à leur tour, il y avait été longuement préparé, à l'hôpital Saint-Antoine, comme chef de laboratoire dévoué d'Hayem, et au Collège de France, dans le laboratoire de François-Franck, en y poursuivant avec Hallion des recherches de physiologie expérimentale.

A la suite de ces recherches, leurs auteurs furent amenés à critiquer utilement l'abus que l'on faisait alors de la simple solution de chlorure de sodium isotonique, en injections trop copieuses et trop

NÉCROLOGIE *(Suite)*

répétées, dans l'intention de produire un « lavage du sang », suivant une théorie que l'expérience sur les animaux ne justifiait pas en réalité. Ils mirent d'autre part en évidence les premiers, comme le signala Vidal, l'action hydropigène du chlorure de sodium en excès, et ils émirent l'idée que cet excès, relevé chez les néphritiques et les cardiaques, jouait un rôle chez ces malades dans la pathogénie des œdèmes, prévision qui fut confirmée par les travaux d'Achard, de Widal et de leurs écoles.

Ils furent enfin des premiers à contester la valeur des déductions, importantes en apparence, que tirait la pathologie de l'appréciation de la toxicité urinaire par la méthode de Bouchard, jouissant jusque-là d'un crédit exagéré.

La mort de Carrion, unanimement apprécié pour sa valeur scientifique aussi bien que pour sa valeur morale, cause d'unanimes regrets.

BORRIEN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1932.

Notice. — M. HALLION lit une notice nécrologique sur M. Camille DELEGENNE, membre titulaire depuis 1912 dans la IV° section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles), récemment décédé.

Rapport. — M. CLAUDE donne lecture d'un rapport sur les « Aliénés en liberté », présenté au nom d'une commission composée de MM. Strauss, Souques, Balthazard, Guillain, Brouardel, Dumas et Claude.

Les conclusions de ce rapport seront discutées dans une séance ultérieure.

La mort de Gœthe. — Il résulte des textes cités par G. DUMAS que Gœthe, qui mourut le 22 mars 1832, à 11 h. 30 du maitn, demanda par deux fois, pendant la dernière matinée de sa vie, qu'on lui donnât de la lumière.

La première fois, c'est parce qu'on avait fait à dessein l'obscurité dans sa chambre. « L'obscurité est désagréable », ajouta-t-il. La deuxième fois ce fut vraisemblablement au moment où il sentait sa vue s'affaiblir, comme il arrive d'ordinaire à l'approche de la mort, non seulement pour la vue, mais pour tous les sens. « Ouvrez le second volet », dit-il, pour qu'il entre plus de lumière. Rien ne permet d'attribuer à ces paroles, qui furent les dernières de Gœthe, le sens symbolique et philosophique qu'elles ont pris dans la tradition.

Détermination directe sur l'homme des critères des pressions artérielles maxima et moyenne. — La confirmation de la valeur des critères sphygmomanométriques cliniques doit être recherchée par des mesures directes, c'est-à-dire faites sur l'homme dans l'artère même.

Au cours d'amputations, MM. P. PIOLLET, P. DODÉL R. BOUCOMONT ont relié l'artère à un manomètre compensateur et se sont servis du brassard du Pachon comme garrot.

Ils ont pu ainsi noter la courbe oscillométrique et vérifier l'identité du chiffre de la pression moyenne lue sur le manomètre compensateur avec le chiffre donné par l'oscillation maximale. Ils ont de plus contrôlé l'exactitude de la maxima auscultatoire à l'appareil de Vaquez, celle-ci coïncidant avec l'apparition de l'ondée sanguine sur le membre amputé.

Terrains magnésiens et cancer (Grand-Duché de Bade). — M. le professeur PIERRE DELBET présente un travail de L. Robinet, de Moret-sur-Loing, sur la répartition comparative des terrains magnésiens et du cancer pour le Grand-Duché de Bade.

C'est une suite à des études semblables faites par l'auteur pour la France, puis pour l'Alsace-Lorraine, l'Angleterre et le Pays de Galles. Dans le Grand-Duché de Bade se vérifie une fois de plus que c'est dans les terrains privés de magnéise que le cancer se développe avec le plus d'intensité.

La thoracectomie précardiale dans les cardiopathies autres que la symphyse du péricarde. — M. LENORMANT apporte une série de sept observations personnelles de résection chondro-costale pour des cardiopathies autres que la symphyse du péricarde : dans un cas, il s'agissait d'accidents d'insuffisance cardiaque chez un gibbeux par mal de Pott, dans les autres de gros cœurs rhumatismaux, le plus souvent avec lésions orificielles associées.

Deux malades ont succombé à la suite de l'intervention, l'un par insuffisance cardiaque, l'autre par infection pleurale. Parmi les survivants, deux n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération et sont morts en asystolie quelques mois plus tard ; deux ont eu une amélioration temporaire et surtout subjective ; chez un dernier on a noté, non seulement une disparition presque complète de troubles fonctionnels (reprise d'une activité normale), mais une modification importante de signes objectifs (retour du cœur à ses dimensions normales) ; malheureusement, cet homme a été emporté, au bout de dix-huit mois, par une broncho-pneumonie.

Dix-sept observations analogues publiées antérieurement accusent une mortalité opératoire de quatre cas ; au bout d'un an, un tiers seulement des opérés restent vivants, mais la plupart d'entre eux présentent une amélioration considérable qui, chez certains, a pu être suivie pendant des années. Les tentatives de ce genre sont donc légitimes ; la collaboration du cardiologue et du chirurgien est indispensable pour en poser les indications ; les résultats seront meilleurs si l'on opère précocement, avant que l'insuffisance cardiaque ne soit devenue irréductible.

L'opération doit être faite sous anesthésie loco-régionale et consister en une résection chondro-costale gauche suffisamment étendue (quatre arcs costaux sur une longueur de 10 à 12 centimètres).

Sur un signe nouveau de la mort réelle : l'épreuve diathermique.— Il résulte des textes cités par M. BORDIER que sur le vivant, le courant de diathermie appliqué sur une partie du corps fait monter en quinze ou vingt

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

minutes la température du sujet prise dans un point éloigné des électrodes (bouche ou aisselle).

Si la circulation est totalement arrêtée, on ne constate aucune élévation de température ; la mort est bien réelle. C'est une épreuve facile; il est à désirer que tous les médecins d'état civil soient pourvus d'un appareillage léger et transportable permettant cette épreuve.

Les méthodes actuelles de certaines pratiques de coiffure sont-elles toujours inoffensives ? — M. ANDRÉ FEIL ne le pense pas, il estime au contraire qu'il est prudent de déconseiller l'ondulation permanente telle qu'elle se pratique actuellement, chez les tuberculeux pulmonaires, par crainte d'une localisation du bacille sur les méninges ; chez les épileptiques, chez les artérioscléreux, chez les hypertendus, pour qui la forte élévation de température, peut-être aussi le passage de l'électricité, risquent de favoriser une hémorragie cérébrale.

Hypoglycémie et choc. — M. LÉVY-SOLAL rapporte des faits démontrant que, d'une façon générale, l'intensité du choc obstétrical est réglée par l'hypoglycémie. Ses recherches physiologiques, ses observations cliniques, ses déductions thérapeutiques sont confirmées par les résultats expérimentaux de MM. Cade et Barral. On ne doit pas perdre de vue ces états hypoglycémiques chez les diabétiques après l'accouchement.

L'emploi des correctifs de la fermentation panaire. — MM. BRUÈRE et CHEVALIER rapportent qu'au I[er] Congrès international technique scientifique de panification, qui s'est tenu à Rome du 20 au 25 juin 1932, le pharmacien colonel Bruère, du laboratoire de l'Intendance aux Invalides, et le D[r] Chevalier, de l'Office national des recherches se sont vivement élevés contre l'emploi des améliorants chimiques et les procédés de blanchiment des farines, interdits en France.

En outre, ils ont combattu le préjugé du pain extra-blanc et précisé que l'addition des correctifs de la fermentation panaire était un leurre pour le public, le rendement ne pouvant être augmenté que par fixation supplémentaire d'eau dans le pain.

Examen bactériologique des beurres. — M. DIENERT. —

Note sur une nouvelle méthode d'inscription radiographique des battements du cœur et des vaisseaux. — MM. DELHERM, THOYER-ROZAT, CODET et FISCHGOLD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juillet 1932.

Etude du taux sanguin de la créatinine chez l'animal néphrectomisé et chez l'animal atteint de néphrites expérimentales (bismuth, mercure, et toxine diphtérique). — MM. FR. RATHERY, M. DÉROT et M[lle] BATAILLE. ont établi dans une série d'expériences préliminaires que le taux de la créatininémie ne dépassait pas 20 milligrammes par litre de sérum chez le chien et le lapin normal, et que ce taux étaitrelativement fixe à des examens successifs pratiqués chez un même animal. Au cours des néphrites aiguës bismuthiques et mercurielles, au cours de la néphrite provoquée par la toxine diphtérique, et enfin chez l'animal soumis à la néphrectomie bilatérale ou à la ligature des deux uretères, le taux de la créatinine s'élève considérablement. Cette élévation s'est toujours accompagnée d'une augmentation de l'azotémie uréique.

Au cours de néphrites chroniques bismuthiques et mercurielles, deux phases sont par contre à distinguer. Durant une première phase fort longue (42 à 108 jours), le taux de l'urée s'élève seul et l'animal conserve un bon état général. Durant la deuxième phase, dont la durée est de trois à dix jours, la créatiniuémie s'élève à son tour et l'animal présente des symptômes graves précurseurs de la mort.

Ces expériences montrent que la lésion rénale suffit à provoquer l'hypercréatininémie. Elles confirment en outre la valeur pronostique de premier plan qu'a le dosage de la créatinine dans les néphrites, fait sur lequel les auteurs ont déjà attiré l'attention.

Etude comparative des lipides dans le sang de l'artère et de la veine rénales chez le chien. — MM. CH. ACHARD, M. BARIÉTY, A. CODOUNIS et E. HADJIGEORGE, en dosant comparativement les lipides dans le sang de la veine et de l'artère rénales, ont observé que, dans les quatre cinquièmes des cas, le sang de la veine rénale est moins riche en lipides que le sang de l'artère rénale.

On peut conclure de ce fait que le rein du chien joue dans le métabolisme des lipides un rôle dont les auteurs s'efforcent actuellement de préciser la nature. L'étude histologique des reins plaide dans le même sens.

Etude expérimentale des variations des pressions artérielles maxima, moyenne et minima en fonction du débit cardiaque. — MM. C. LIAN, P. LAMBIN et J. PAUTRAT ont réalisé un schéma circulatoire avec la collaboration de M. Grunberg. La canalisation débutant par un gros tube. (aorte) est reliée à un manomètre compensateur mesurant la pression moyenne, ainsi qu'à deux autres manomètres pourvus d'un jeu de soupapes et constituant l'un un manomètre à maxima, l'autre un manomètre à minima En dérivation est un petit tube susceptible d'être comprimé, le manchon compresseur étant relié à un oscillographe.

Dans une première série d'expériences, les auteurs ont étudié les effets de l'augmentation du débit sur les chiffres de pression artérielle. Cette augmentation de débit a été obtenue par des variations de capacité de la pompe, toutes les autres variables de la circulation (rythme, élasticité aortique, résistance périphérique) restant fixes. Dans ces conditions, une augmentation de débit de 52 p. 100 fait monter la maxima de 59 p. 100, tandis que la moyenne s'élève de 125 p. 100 et que la minima monte de 221 p. 100.

Ainsi, à elle seule, l'augmentation du débit cardiaque (la pompe jouant le rôle du cœur), non seulement élève Mx, My et Mn, mais encore réalise une formule convergente en raison de l'élévation beaucoup plus accentuée de la My et de la Mn.

Cette constatation expérimentale tend donc à infirmer l'opinion clinique d'après laquelle une augmentation du débit cardiaque élèverait la Mx sans faire varier notablement la My et la Mn.

Fibrillation auriculaire expérimentale et adrénaline. — MM. J. GAUTRELET et N. HALPERN ont observé que l'excitation faradique de l'oreillette pendant la période vagale de l'adrénaline provoquait une fibrillation auriculaire persistant, constrairement à ce qui existe normalement, trois et quatre minutes après cessation de l'excitation ; on n'observe pas de fibrillation, au contraire, pendant la période sympathique.

Etude pharmacodynamique d'un anticoagulant, le

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

moranyl. — M. N. HALPERN montre l'intérêt du moranyl en tant qu'anticoagulant, en particulier *in vivo*, car il ne modifie sensiblement pas les fonctions physiologiques de l'animal auquel il est injecté.

Importance de la « microculture » pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse par l'ensemencement direct du liquide céphalo-rachidien. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL conseillent de recourir, dans les cas où l'on soupçonne l'origine tuberculeuse d'une affection méningée, à l'ensemencement du culot de centrifugation ou des flocons fibrineux du liquide céphalo-rachidien sur 6 à 8 tubes de leur milieu spécial et de procéder à l'examen systématique des produits de raclage à partir du septième jour de séjour à l'étuve à 38°. On peut ainsi poser un disgnostic à la fois précoce et précis lorsque l'examen direct du culot de centrifugation ne permet pas de découvrir des bacilles. Cette méthode est plus rapide et aussi sûre que l'inoculation au cobaye. Elle permettrait également la caractérisation immédiate des types d'origine bovine ou humaine.

Liquide folliculaire ovarien desséché physiologiquement actif vingt-deux ans après son prélèvement. — M. ANDRÉ CHOAY et Mlle SUZANNE FAURE ont constaté que le poutivité de leur derme finit par céder à son tour.

Cette particularité n'est pas sans intérêt pour la conduite du traitement tuberculinique, car il convient alors de diminuer graduellement la sensibilité des tuberculeux sans toutefois la supprimer entièrement, pour ménager l'aptitude que possèdent les foyers de réagir au contact de la tuberculine véhiculée par le sang.

REVUE DES CONGRÈS

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME AU MONT-DORE

La réussite de ce Congrès, qui a rempli les journées des 4 et 5 juin et auquel la station du Mont-Dore a prêté un cadre magnifique, a été complète.

Comme nombre : tout près de 500 adhérents, dont plus de 400 étaient présents. Comme qualité : le professeur BEZANÇON, président du Congrès, après avoir souligné les difficultés de la tâche, son importance, son utilité, et constaté qu'elle avait été entièrement remplie, a pu proclamer que par sa haute tenue scientifique, son intérêt, sa portée, ce Congrès se classait parmi les toutes premières manifestations du même ordre auxquelles il avait assisté.

En quatre séances, en effet, qu'il présida avec la plus aimable autorité, fut établi le bilan de nos connaissances actuelles sur l'étiologie, la pathogénie, la thérapeutique de l'asthme. Vingt-six rapports de grand ordre, formant un volume de plus de 550 pages, une quarantaine de communications présentant le plus vif intérêt, source et base de nouvelles méditations, de nouvelles recherches, tel est le bilan apporté par ce haut débat à l'une des questions es plus complexes et les plus controversées.

La première séance, après le discours d'ouverture où le professeur Bezançon traça le cycle de l'évolution de nos connaissances dans l'asthme, fut consacrée toute à son élément nerveux.

Tour à tour, le professeur agrégé Abrami, le Dr Etienne Bernard, le professeur Mc Dowall et le professeur Leriche exposèrent l'objet de leurs rapports :

Le Professeur-Abrami : *le mécanisme de l'asthme ;*

Le Dr Etienne Bernard : *la part nerveuse de l'asthme ;*

Le professeur Mc Dowall : *les principes physiologiques de l'asthme ;*

Le professeur Leriche : *le traitement chirurgical de l'asthme.*

A la deuxième séance, le Congrès entreprit l'exposé et la discussion de *l'anaphylaxie et l'allergie dans l'asthme*, des *facteurs locaux dans l'asthme*, enfin de *l'asthme infantile.*

Le professeur agrégé Vallery-Radot, les professeur Frugoni et W. Storm Van Leeuwen étaient les rapporteurs de la première partie et traitèrent respectivement *l'anaphylaxie dans l'asthme, l'asthme bronchique*, et l'influence du sol et du climat dans l'asthme.

Les *facteurs locaux* furent présentés par le Dr Haibe, le professeur agrégé Alphen, le Dr Henri Bourgeois, et *l'asthme infantile* par le Dr G. Dreyfus-Sée et le Dr Péhu,

La troisième séance débuta par un grand débat sur *le foie et les endocrines dans l'asthme*, dont le rapporteur était le professeur agrégé Cordier.

Le Congrès entendit ensuite l'exposé par les Drs Oriel Jacquelin et G. Bray de *la biochimie de l'asthme et de son terrain.*

La quatrième séance était réservée à la *thérapeutique de l'asthme* :

Le *traitement général de la crise d'asthme* fut indiqué par le Dr Joltrain et celui du *terrain* par le Dr de Gennes.

Le *traitement hydro-climatique de l'asthme* fut la part du Dr Justin Besançon et l'exposé de *la cure Montdorienne*, qui s'avéra le seul mode de traitement de l'asthme ayant fait ses preuves, celle du Dr Galup, secrétaire médical du Congrès.

Le Dr Biancani rapporta le *traitement physique de l'asthme.*

Cette sèche nomenclature indique l'importance de ces assises suivies avec une attention passionnée par un auditoire aussi nombreux qu'éclairé.

Par ailleurs, rien n'a manqué à l'éclat extérieur du Congrès : banquet qui réunit 400 congressistes, galas, excursions, le tout révélant une organisation parfaite.

Ce *premier Congrès international de l'asthme* fut tout à l'honneur du Mont-Dore.

La visite de son établissement, en plein fonctionnement de toutes les pratiques de la cure, révéla avec quel souci scientifique et quel soin technique sont installés ses services.

Unanimement, la vieille station fut acclamée « Providence des Asthmatiques ».

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

A LA FÉDÉRATION THERMALE ET CLIMATIQUE PYRÉNÉENNE

Le premier dimanche de juin se réunit, ehaque année, la Fédération thermale et climatique pyrénéenne. La session de 1932 aux *Eaux-Bonnes*, a été endeuillée par la mort du Dr Gandy, de Bagnères-de-Bigorre, et eelle — tout à fait foudroyante — du Dr Goudart, de Pau. Après que le président, Dr Ménard (de La Malou) et le Dr Jullien (de Pau), seerétaire général de la Fédération, eurent rendu un légitime hommage à la mémoire de nos amis, M. le Dr Cré gnou exposa, avee un grand sens elinique, les indieations thermales et climatiques des *Eaux-Bonnes* où la Fédération reeevait une eharmante hospitalité. Le Dr Crégnou insista sur ee fait que, de par les études nouvelles, les *Eaux-Bonnes* devenaient une station pour enfants délieats, atteints surtout de eette débilité bronchique que Flurin a si bien déerite. *On ne reçoit plus de tuberculeux aux « Eaux-Bonnes »* : voilà le mot d'ordre.

Le Dr Matton, de Pau, développa une idée qui lui est chère : *«De la valeur climatothérapique du climat de Pau »*.

Le eommandant Fabre, eréateur et organisateur des eamps de vaeanees, nous exposa au eours d'une exeursion au refuge de Gourrette (sur la route du eol d'Aspin) la genèse des eamps de vacances. Sous une discipline assez souple pour qu'elle puisse être aeeeptée de tous et assez sévère pour qu'elle puisse rendre possible sans anicroche, à des groupements de plusieurs eentaines d' en fants, on donne bon air, soleil, joie, expansion morale, autant que physique.

Le commandant Fabre voulut, d'une façon qui nous a beaueoup touehé, rappeler eomment nous étions entrés en eollaboration pour transposer sur le plan thermal et climatique la méthode des eamps de vaeances. Nous fondâmes ainsi les *camps thermaux et climatiques*, eneore appelés « eolonies thermales et elimatiques ».

Cette année seront en fonetionnement les camps thermaux et climatiques de *Cauterets, les Eaux-Bonnes, Luchon, Salies-de-Salat* dans les Pyrénées; eelui du *Mont-Dore*, et, enfin, dans les Alpes, celui de *Lamotte-les-Bains.*

Le eommandant Fabre, avee un enthousiasme qui conquit tout son auditoire, répondit à toutes les objections familiales, médieales, syndiealistes, que sais-je eneore ? Les faits sont là, évidents, formels.

Nous ne disous pas que l'on crée partout des eamps thermaux, *mais que l'on veuille bien les créer partout où la chose sera possible*, et nous avons aequis la certitude que ce sera la majorité de nos stations qui pourront ainsi bénéficier de la venue de nombreux enfants au sujet desquels il a été professé par Landouzy : *qu'ils sont les premiers grands justiciables de nos traitements thermo-climatiques.*

Pour employer un vieux vocable singulièrement expressif : *toute manifestation diathésique relève de la cure hydrominérale.*

ASSURÉS SOCIAUX ET THERMOCLIMATISME

Et ceei nous amène à dire un mot de la question des *Assurances sociales* dans leurs rapports avec le *thermoclimatisme.*

Nos eollègues nous ayant demandé de rapporter eette question, nous nous permettrons d'en donner ici un résumé sous une forme impersonnelle.

Le rapporteur, après avoir souligné que les Eaux Bonnes et le Béarn ont été, voici de longs sièeles déjà l'un des berceaux du thermo-climatisme soeial, développe le thème que M. le ministre Gaston Gérard avait exposé, eu 1930, à Luchon :

« Les stations climatiques et thermales sont de puissants ateliers que la nature a prodigués sur notre terre de Franee, les mettant sans fin à notre disposition pour réparer l'outillage humain. »

L'applieation de la loi des Assurauees soeiales vient, plus effectivement eneore, poser le problème ; il appartient à chacun d'aider à la solution.

M. Molinéry émet la proposition générale suivante

Ou les eaux minérales sont *« un médicament »* dans toute l'acception du terme, et, dès lors, *aucune catégorie sociale ne doit en être privée.*

Ou les eaux minérales sont *« un médicament de luxe »*, et alors à quoi bon chaires et instituts et la propagande coûteuse faite en leur faveur ?...

Mais il ne fait de doute pour aucun médeein que la thérapeutique thermale ne soit une « thérapeutique » au même titre que eelle que les laboratoires nous donnent et, en eonséquenee, aueune classe soeiale ne doit en être privée.

Or, il est ineontestable que l'aecès des assurés aux stations thermales diminue dans une très large proportion les charges très lourdes que la eollectivité est obligée de subir du fait de la morbidité; à ne citer que le rhumatisme seul, il a été ealeulé que eette affeetion, justieiable au premier chef du traitement elimatique et thermal, eoûte plusieurs eentaines de millions par an.

MM. les Drs Mathieu-P. Weill, Forestier, Blum en ont donné une rigoureuse démonstration.

Le rapporteur cite ee qu'il a appelé *« un document capital »* et qui est eonstitué par le compte rendu de la einquième assemblée générale de la Conférence internatiouale des Sociétés mutuelles et Caisses d'assuranees-maladie, tenue à Prague en septembre 1931.

Il y est dit : « Les institutions d'assuranees eonsidèrent que le traitement thermal est un moyen important de guérir, de *prévenir la maladie*, et de *protéger la santé des assurés.* »

Il y est dit également que « l'applieation de ee traitement est le meilleur moyen de guérir une maladie ou d'empêcher son aggravation ».

Il y est dit que « ce traitement thermal devra être aecordé non seulement aux assurés, mais aussi aux membres de leur famille», et enfin il a été voté à l'unanimité :

« Il est recommandable de grouper les eaisses d'un pays dans le but de eonstruire et d'administrer des établissements de cure eommuns, dans les stations thermales déjà existantes. De plus, il y a lieu d'envisager la eonelusion de eoneordats permettant l'aecès des cures aux assurés étrangers et cela aux mêmes conditions que celles faites aux assurés du pays.

C'est une véritable eharte, dont il nous paraît opportun de porter les conclusions à la connaissance de tous.

QU'A FAIT LA FRANCE ?

Le thermo-climatisme social a été lentement eonstruetif en France depuis le jour où la monarchie, nommant le premier médecin du roi surintendant des eaux

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

minérales (lettres patentes d'Henri IV, 1603), il était ordonné aux inspecteurs thermaux d'assurer le traitement des indigents aux eaux minérales. Mais, bien avant cette époque, ne savons-nous pas que certaines stations, comme Ax-les-Thermes, recevaient, au titre gracieux, les soldats qui retournaient de Terre-Sainte, et il reste encore un souvenir précieux de ces temps anciens. Ne savons-nous pas que Louis XV signait de Compiègne, en 1735, une ordonnance créant la première caserne-hôpital de Barèges pour les blessés de guerre, ne faisant que continuer le plan de Louvois (1679) et le plan de François Ier après la bataille de Pavie (eaux d'Arquebusades du Béarn) ? N'avons-nous pas vu en plein XVIIIe siècle le grand d'Étigny « *déranger sa fortune au service du roi et de son pays* » et écrire, de sa main, le règlement qui spécifiait, avec une grande bonté et une très grande justice, l'usage des eaux minérales pour ceux qui, en étant justiciables, ne pouvaient en acquitter les frais ? Luchon — et toutes les stations pyrénéennes de la juridiction de cet administrateur incomparable — obéirent à ses injonctions.

Puis ce fut Lomet envoyé dans nos Pyrénées par le Comité de Salut public, et enfin la loi du 23 vendémiaire an VI qui nous régit encore : « CONSIDÉRANT QUE LES EAUX MINÉRALES ÉTANT UN DON DE LA NATURE, ELLES APPARTIENNENT A TOUS ET FONT PARTIE DES RESSOURCES PUBLIQUES... »

Puis vint le XIXe siècle, où nous assistons à un véritable épanouissement d'hôpitaux thermaux. Vingt-trois sont de nos jours en plein fonctionnement.

N'oublions pas de citer l'hôpital international de Vichy, créé par le Rothary, pour les enfants malades, la maison de repos des mutualistes des P. T. T. aux Eaux-Bonnes, la maison de repos d'Enveigt des Cheminots du Midi, etc., etc.

L'auteur, après avoir rappelé la conception du professeur Castaigne, développée dans le numéro d'avril 1931 du « *Châtel-Guyon Thermal* », signale à la Fédération l'opinion du Parlement, et il en arrive à citer le rapport de M. Durand-Fardel au Congrès international de l'Espagne.

M. Molinéry résume en quelques mots les douze années de campagne qu'il vient de mener — avec le Dr Mellon — en faveur des enfants aux stations thermales, pour la défense du programme suivant : *transposer sur le plan hydrominéral les colonies de vacances, les camps de vacances, afin que, ayant sélectionné par des centres de triage les enfants qui sont justiciables de la cure thermale, on puisse, aux bienfaits du grand air, du soleil joindre ceux d'une cure.*

Il est bon, ajoute l'auteur, de vous faire connaître que M. le recteur Martinez Vargas (pour l'Espagne), M. Barkov, délégué à Paris de l'U.R.S.S. (pour la Croix-Rouge et le Croissant Rouge), M. Rebucci (de l'organisation fasciste thermale d'Italie) nous ont adressé de bien intéressants documents sur l'action gouvernementale de leurs pays respectifs en ce qui concerne le thermo-climatisme social.

Le Syndicat général des stations thermales a fixé le mode opératoire — si nous pouvons ainsi parler — entre l'assuré social et le médecin de la station : il faut exiger la feuille de soins spéciaux.

M. Molinéry rappelle qu'au cours de l'année 1932, la Fédération thermale et climatique a adressé un questionnaire à la plupart des médecins thermaux de France au sujet de leurs relations éventuelles avec les assurés sociaux.

Il est de toute évidence que la clientèle des assurés sociaux intéresse toutes les stations thermales et que, chaque fois que la chose sera possible, il faut organiser des modes d'hébergement et de cure qui faciliteront ainsi l'accès de nos villes de santé.

Colonies thermales, camps thermaux, hôpitaux thermaux et climatiques, cités thermales, maison de repos, doivent être dès maintenant envisagés. Il faut citer, aux Eaux-Bonnes, la maison de repos des Mutualistes des P. T. T., fondée par M. Calvet.

Cet immeuble, construit par l'impératrice Eugénie pour les blessés et malades des guerres d'Italie, est admirablement agencé pour le thermo-climatisme social.

Le rapporteur insiste sur ce fait que le Parlement doit affecter une partie du crédit thermal — dont le vote de principe est acquis — à la multiplication de ces centres de repos.

Il fait connaître à l'assemblée le fonctionnement du centre de triage du professeur Villaret et rappelle que l'an dernier M. le professeur Baylac, de la Faculté de médecine de Toulouse, voulut bien accepter de diriger celui de la région du Sud-Ouest.

Comme conclusion :

Le thermo-climatisme social est un fait contre lequel rien ne prévaudra. La santé publique est un capital social dont la conservation nécessite une utilisation rationnelle et scientifique des richesses climatiques et hydrominérales du pays.

Gouvernement, Assurances sociales, Mutualités, Syndicat des médecins, Touring-Club français, Office national du tourisme, tous doivent présenter un front unique et réaliser avec une volonté indéfectible l'organisation du thermo-climatisme social.

***

Une discussion fort intéressante suivit l'exposé de ce rapport. Nous eûmes la joie de constater que l'entente est facile à réaliser quand chacun veut apporter, aux questions à l'étude, tout d'abord, *la volonté d'aboutir*, et, d'autre part, reconnaître la priorité aux intérêts généraux.

Nous ne pouvons terminer cette chronique sans remercier nos excellents confrères les Drs Crégnou et Cazaubon, la municipalité et la direction des thermes des Eaux-Bonnes de l'accueil véritablement chaleureux qui fut réservé aux membres de la Fédération thermale et climatique pyrénéenne.

Dr MOLINÉRY (Luchon).

NOUVELLES

Don à l'Académie des sciences. — Par décret présidentiel, en date du 29 avril, l'Académie des sciences est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par Mme Hélène-Henriette Ruffer, veuve de M. Ch. Bouchard, d'une somme de 50 000 francs ; les arrérages devront en être affectés à une fondation destinée à récompenser ou encourager des recherches de médecine ou de chirurgie.

Service des Enfants assistés. — Sont nommés, à titre provisoire, médecins du service des Enfants assistés de la Seine : pour la circonscription médicale de Chepy (agence d'Abbeville), M. Callens ; pour la circonscription de Mortagne-Sud (agence de Mortagne-Alençon), M. Bonnet.

Service de santé. — Par décision ministérielle du 22 janvier 1932, les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins lieutenants-colonels. — M. Guérin (Léonard-Marie-René), salles militaires de l'hospice mixte de Limoges. Maintenu, désigné comme médecin-chef.

M. Chatain (Robert-Maximin), salles militaires de l'hospice mixte de Limoges, Maintenu, désigné comme président de commission de réforme.

M. Charpentier (Louis-Henri), commission consultative médicale, Paris, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens (service).

Médecins commandants. — M. Lombardy (Pierre-Julien), section technique du service de santé, Paris, est affecté à la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

M. Poy (Gabriel-Charles), 24e régiment de tirailleurs algériens, Morhange, est affecté à la commission consultative médicale, Paris (service)

M. Grand (Léon-Théodore-Eusèbe-Pierre), 19e corps d'armée aux troupes du Maroc, volontaire (service).

Médecins capitaines. — M. Defaye (Jacques-Marcel), bataillon de la légion étrangère du Tonkin, est affecté au 19e corps d'armée (service).

M. Vidal (Henri-Etienne-Louis) troupes de Tunisie, est affecté au 19e corps d'armée (service).

M. Sadler (Pierre-Charles), troupes du Maroc, est affecté au 26e régiment d'infanterie à Nancy (service).

M. Brissy (Georges-Jules-Marius-Adrien), territoires du Sud-Algérien, est affecté au 509e régiment de chars de combat à Maubeuge (service).

M. Parent (Maurice-Louis-Marie), 1er régiment d'aérostation, Compiègne, est affecté au 3e régiment de spahis marocains, Senlis (service)

M. Pierre (Félix-Toussaint-Marie), 3e bataillon de dragons, portés Verdun, est affecté aux troupes du Maroc, volontaire (service)

M. Lacorre (Camille), 150e régiment d'infanterie, Verdun, est affecté aux troupes de Tunisie (service).

M. Charles (Henri-René), 18e régiment de chasseurs à cheval, Saint-Avold, est affecté aux troupes de Tunisie (service).

M. Sestié (Robert-Maurice), troupes du Maroc, est affecté au 150e régiment d'infanterie, Verdun (service).

Médecins lieutenants. — M. Entz (Charles-Marie-Paul), 25e régiment de tirailleurs algériens, Sarrebourg, est affecté aux troupes du Maroc, volontaire (service).

M. Guidon (Lucien-Valentin-Adolphe), 151e régiment d'infanterie, Bitche, est affecté aux troupes du Maroc (service).

M. Juhan (Pierre-Albert), 23e régiment de tirailleurs algériens, Morhange, est affecté aux troupes du Maroc (service).

En Guyane. — Embarquement à partir du 25 mars 1932 : M. le médecin lieutenant-colonel Reynaud du 23e régiment d'infanterie coloniale. Servira en qualité de chef du service de santé.

Embarquement à partir du 25 février 1932 : M. le médecin capitaine Marion, du 3e régiment d'infanterie coloniale (servira hors cadres. Administration pénitentiaire).

PROLONGATIONS DE SÉJOUR OUTRE-MER.— *A Madagascar.* — Le pharmacien capitaine Woltz, devient rapatriable le 20 mai 1933 (première année supplémentaire).

Au groupe du Pacifique. — M. le médecin capitaine Robin, devient rapatriable, le 3 février 1933 (première année supplémentaire).

Au Maroc. — M. le médecin commandant Jardon, devient rapatriable le 30 mai 1933 (première année supplémentaire).

AFFECTATIONS EN FRANCE. — Au 2e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin commandant Dormoy, rentré de Magadascar, hors cadres, en congé.

Au 21e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin capitaine Bernard-Lapommeray, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au 22e régiment d'infanterie coloniale : M. le médecin capitaine Broch, rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé.

M. le médecin capitaine Pincon, du 16e régiment de tirailleurs sénégalais (n'a pas rejoint).

Au 23e régiment d'infanterie coloniale : M. le commandant Henry, du 22e régiment d'infanterie coloniale (convenances personnelles).

M. le médecin capitaine Pons, rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé.

M. le pharmacien capitaine Dantec, rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé.

Au 8e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Robert, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au 14e régiment de tirailleurs sénégalais : M. le médecin capitaine Remion, rentré de l'Afrique équatoriale française, en congé.

Au 42e régiment de mitrailleurs malgaches : M. le médecin commandant Beurnier, rentré de l'Indochine, en congé.

Au 51e régiment de mitrailleurs indochinois : M. le médecin capitaine Cudenet, rentré de l'Indochine, en congé.

Au 2e régiment d'artillerie coloniale : M. le médecin capitaine Gauzy, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au 3e régiment d'artillerie coloniale : M. le médecin capitaine Orly, rentré de la Guyane, hors cadres en congé.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille : M. le médecin lieutenant-colonel Blaudin, de l'école d'application du corps de santé des troupes coloniales, à Marseille.

NOUVELLES *(Suite)*

M. le pharmacien capitaine Pluchon, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux : M. le médecin capitaine Raymond, rentré de l'Afrique occidentale française, en congé.

A l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, à compter du 6 janvier 1932 : M. le médecin commandant Gascougnolle, de l'hôpital militaire de Fréjus (servira en qualité de major de ladite école).

A l'hôpital militaire de Fréjus : M le pharmacien commandant Fauchon, rentré de Nouvelle-Calédonie hors cadres, en congé.

M. le pharmacien capitaine Le Querec, rentré de l'Afrique occidentale française, hors cadres, en congé.

M. le pharmacien capitaine Deniel (H.-J.), rentré de l'Afrique équatoriale française, hors cadres, en congé.

Service de santé militaire. — Sont promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle les officiers ci-après désignés :

1° *Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels : M. Pourcines (Georges-Pierre-Jean-Charles), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims et président de commission de réforme, ne remplacement de M. Taste, décédé.

M. Capdevielle (André), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême et président de commission de réforme, en remplacement de M. Baumelou, retraité.

M. Fayet (Antoine-Jean), section technique du service de santé, Paris, en remplacement de M. Pigeon, retraité.

2° *Au grade de médecin lieutenant-colonel.* — Les médecins commandants : M. Legendre (Maurice-Michel-André, ministère des Pensions, en remplacement de M. Drouhet, décédé.

M. Lacaze (Henri-Pierre), professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'École d'application du service de santé mili. taire, en remplacement de M. Chanaud, retraité.

M. Gobinot (Charles-Marie-Jules-Eugène), médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Mailly, en remplacement de M. Combe, retraité.

M. Darthenay (Maurice-Edouard), médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons, en remplacement de M. Coudeyras, retraité.

M. Pirsche (François-Emile), camp de Coëtquidanren remplacement de M. Folly, retraité.

M. Martin (François-Evariste-Henri), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun, en remplacement de M. Pourcines, promu.

M. Bergès (Emile-Paul-Géraud-Marie), 8e rég. du génie, Versailles, en remplacement de M. Capdevielle, promu. Affecté à l'hôpital militaire de Nantes et désigné comme président de commission de réforme (service).

M. Sergeant (Louis), médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai, en remplacement de M. Fayet, promu.

3° *Au grade de médecin commandant.* — Les médecins capitaines: (Ancienneté.) M. Marcelin (Jean-Jacques-Sylla) 163e rég. d'artillerie à Verdun, en remplacement de M. Cheneby, retraité. Maintenu provisoirement.

(Choix.) M. Giraud (Pierre-Albert), région de Paris, 1re légion de la garde républicaine mobile, en remplacement de M. Lafon, retraité.

(Ancienneté.) M. Ravoux (Pierre-Louis-Léon), 504e rég. de chars de combat, Valence, en remplacement de M. Assailly, décédé.

(Choix.) M. Clerc (Joseph-Elysée-Arsène), salles militaires de l'hospice mixte de Besançon, en remplacement de M. Turcan, retraité.

(Ancienneté.) M. Dano (Louis-Jules), 11e compagnie régionale du train, Nantes, en remplacement de M. Nain, retraité. Affecté au 120e rég. d'infanterie, le Havre (service).

(Choix.) M. Heimsch (Léon-Jules), 19e corps d'armée, en remplacement de M. Legendre, promu.

(Ancienneté.) M. Luc (Robert-Henri-Lucien), 1er rég. de hussards à Angers, en remplacement de M. Lacaze, promu. Affecté aux troupes de Tunisie (service).

(Choix.) M. Guyonnet (Henri-Julien-Alfred-Marie), 10e rég. d'artillerie, Rennes, en remplacement de M. Gobinot, promu.

(Ancienneté.) M. Chabanier (Louis), 11e rég. de cuirassiers, Paris, en remplacement de M. Darthenay, promu. Affecté au 17e rég. d'artillerie, Sedan (service).

(Choix.) M. Pellotier (Joseph-Auguste), 27e rég. de tirailleurs algériens, Avignon, en remplacement de M. Pirsche, promu.

(Ancienneté.) M. Gérôme (Henri-Vital), 95e rég. d'infanterie, Cosne, en remplacement de M. Martin, promu. Maintenu provisoirement.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

1er AOUT. — *Vichy.* Clôture des inscriptions pour le Congrès international de la lithiase biliaire.

15 AOUT. — *Copenhague.* Congrès de la lumière.

17 AOUT. — Voyage médical au Canada et aux Etats Unis (*Univers médical*).

21 AOUT. — *New-York.* Congrès international d'Eugénique.

22-27 AOUT. — *Copenhague.* Congrès international de psychologie.

NOUVELLES *(Suite)*

29 Aout. — *Rome.* Congrès international de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andrea delle Dame, Naples, 21).

5 Septembre. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 Septembre. — *La Haye.* Réunion de l'Union nternationale contre la tuberculose.

8 Septembre. — *Pougues.* Date et lieu de concentration des participants au VEM.

9 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscriptiou pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 Septembre. — *Dijon.* Clôture du registre d'inscirption pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon.

11 Septembre. — *Poitiers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers.

12 Septembre. — *Amsterdam.* Congrès de médecine tropicale.

18 Septembre. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscirption pour le concours de profeseur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes.

19 Septembre. — *Vichy.* Congrès de la lithiase biliaire.

22 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur supplaént de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

22 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur supplézut de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amieus.

23 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

23 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

24 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

26 Septembre. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux à l'Ecole de médecine de Grenoble.

27 Septembre. — *Madrid.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Septembre. —. *Bucarest.* Congrès international d'histoire de la médecine.

30 Septembre. — *Villes des Académies.* Ouverture du registre d'inscription pour l'exsmen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LES VACANCES ET LA TYPHOIDE

Nos statistiques de morbidité sont assez inexactes, et ceci pour diverses raisons ; il nous est donc bien impossible de savoir au juste combien de typhoïdes nous avons chaque année en France. Cependant 20 000 cas ne semblent point constituer une estimation exagérée du chiffre réel. Bien entendu, l'époquedes vacances annuelles et celle des « huîtres » constituent aux deux pôles de l'année les périodes « maxima » de l'endémie typhoïdique.

Contre les huîtres et contre les vacances on ne peut songer à sévir sérieusement. C'est la part du feu; 1 000 morts environ par an, avoués ou inavoués... Que faire ? Nous soumettre tous comme en cas de guerre à la vaccination sous-cutanée ? C'est beaucoup demander d'héroïsme à propos de vacances! Vaccination par voie buccale ? Référons nous pour cela aux débats de la séance de l'Académie de médecine du 26 décembre 1928, où furent discutés les mérites comparatifs de la vaccination « sous-cutanée » et *per os* :

Dr Marchoux : « ... Nous avons tous connu des cas de fièvre typhoïde survenant après vaccination, et j'en pourrais citer un qui s'est produit sous mes yeux. C'est un militaire qui, en 1914, avait reçu contre le bacille d'Eberth trois doses de vaccin, suivant la méthode appliquée à cette époque, et qui trois mois plus tard a fait une forme grave de fièvre typhoïde à bacille d'Eberth.

« Ce qui est plus difficile, c'est de faire accepter la vaccination. C'est pour ce motif, en grande partie, que je suis partisan de la vaccination par la bouche. Sans doute on n'a pas par ce procédé l'assurance que le virus administré a été absorbé. C'est d'ailleurs pour ce motif qu'on répète l'administration pendant plusieurs jours et même qu'on prépare l'intestin à l'absorption. Mais quand on opère sur un grand nombre de personnes, comme on l'a fait d'après mes ordres, à Toulouse, sur un lot de 150 hommes en pleine épidémie, on voit que la protection est réelle. De même, dans le Pas-de-Calais, on a éteint des épidémies rurales en distribuant du vaccin qui était pris par voie buccale.

« Par conséquent, il ne faut pas faire fi de ce mode de vaccination, mieux accepté parce qu'il ne provoque aucune réaction. Même s'il donne moins de succès que l'injection, il diminue certainement d'une façon considérable le nombre des cas parmi ceux qui n'acceptent pas d'autre mode de vaccination. Le mieux est l'ennemi du bien. »

Il semble que depuis cette époque (1928) la vaccination par voie buccale et surtout la *bilivaccination* a donné trop de preuves de son efficacité pour qu'on puisse sérieusement à présent contester son action. Mais il n'est pas indifférent, si l'on opte pour la voie buccale, de choisir de préférence la méthode de Besredka en deux temps :

1° Ingestion de bile (une petite pilule);

2° Ingestion du vaccin.

Besredka a maintes fois lui-même insisté sur l'indispensabilité de ce processus en deux temps que seul réalise le Bilivaccin antityphique.

VARIÉTÉS

UN CAS DE PERSONNALITÉ ALTERNANTE UNIQUE DANS LA VIE ET DE CONVERSION DITE MIRACULEUSE

Par le Dr Thomas BRET.

Cet article est le « pendant » de celui publié dans le *Paris médical* du 23 avril 1932, qui avait surtout pour but de présenter un cas de fugue subconsciente unique dans la vie d'un individu normal (cas Blarez) : ce qui est un fait nouveau en psycho-pathologie.

En comparant le cas Blarez et le cas Ansel Bourne, on voit nettement la différence entre la condition seconde de la fugue longue et la personnalité alternante nouvelle.

Avant d'exposer le cas d'Ansel Bourne, déjà ancien, mais jamais traduit, nous devons, pour bien le faire comprendre, le situer en hystériologie en donnant un aperçu du troisième genre du vigilambulisme, la personnalité seconde dans ses quatre variétés :

— simultanée, type miss Beauchamp + Sally ;

— alternante *nouvelle*, type Felida 1 — Felida 2 — Felida 1 — Felida 2, qui demeure ;

— alternante *régressive*, type Louis Vivé et ses six « memory systems » ;

— sous-jacente, type soldat de Feiling (1).

Dans les deux premières variétés, la personnalité seconde est une personnalité nouvelle. Dans les deux dernières variétés, la personnalité seconde est une fraction ou la totalité de la personnalité ancienne (fraction dans le type Louis Vivé, totalité dans le cas de Feiling).

La meilleure définition qui a été donnée de la personnalité normale de l'adulte est celle de Parodi (*Vocabulaire de la Philosophie* par A. Lalande, t. I, p. 370, 1928) : « ... *la personnalité, c'est la conscience nette de soi comme d'un être qui dure et qui s'attribue*, à tort ou à raison, *quelque identité ;* la personnalité, c'est une individualité qui se pense et se réfléchit. Comment pourriez-vous expliquer autrement les expressions consacrées par l'usage : maladies, dédoublement de la personnalité ? On devrait dire, selon vos définitions, de l'individualité » (Discussion à la Société de philosophie sur la définition de la personnalité).

S'il est difficile d'établir une définition de la personnalité normale, un être se sentant et se pensant pendant toute la vie identique à lui-même dans le même corps, il est beaucoup plus ardu de composer une définition générale de la personnalité seconde. Aussi les auteurs se contentent de désigner la personnalité seconde par une expression nouvelle sans plus d'explication : amnésie périodique ou dédoublement de la personnalité (Azam), ce qui ne s'applique qu'à la personnalité seconde alternante et est trop vague ; personnalité seconde = double conscience, *co-conscience* (Morton Prince,, ce qui ne convient qu'à la personnalité seconde simultanée et n'est pas clair ; personnalité seconde = personnalité perdue (Feiling), ce qui n'est pas exact, comme l'ont prouvé Janet (cas de Mme D. *Congrès de psychologie expérimentale*, Londres, 1892 ; chapitre III : L'amnésie continue. *Névroses et Idées fixes*, t. I, 1898) et Sidis (cas du Rév. Thomas Hanna (*The psychology of suggestion : a research in the subconscious*, New-York, 1898) ; cette personnalité disparue pour l'individu en état de veille ordinaire peut être momentanément (Feiling) ou définitivement (Janet, Sidis) ramenée à la surface par l'hypnose.

Le schéma suivant est la présentation claire de ces deux cas de Janet et de Sidis :

Personnalité récente ╲ Hanna avec ses deux
Personnalité sous-jacente ╱ personnalités réunies.

Nous proposerons cette définition qui embrasse les quatre variétés : la personnalité seconde est un groupe cohérent de faits de conscience dirigé par un noïsme analogue au moi (2) ; ce noïsme second se sépare d'une manière durable de la personnalité prime et assume de temps en temps ou une fois seulement la conduite de l'individu ; la personnalité seconde prend la direction soit spontanément, soit dans l'hypnose. Ou les deux personnalités coexistent en même temps, on est alors en présence de la personnalité seconde simultanée ; ou elles se succèdent d'une manière irrégulière, mais en se substituant l'une à l'autre complètement, c'est la personnalité alternante.

Actuellement les personnalités secondes prennent souvent des appellations distinctes de celles de la personnalité prime ; mais ce ne sont que des prénoms différents (Léonie, Léonor) ou des sur-

(1) Dr Feiling, Perte de la personnalité par suite d'une ensevelissement de douze heures dans une tranchée (*The Lancet*, 10 juillet 1915, n° 4793).

(2) Le moi est la personnalité dans le présent, percevant, pensant, voulant, agissant d'après son caractère et son passé mémoré : c'est le noïsme prime.

« Le centre même du moi est l'idée que l'homme a de lui-même physiquement, mentalement et socialement et qui lui dicte une conduite appropriée. Autour de cette idée-mère, point de cristallisation psychologique, se groupent les idées nécessaires à la lutte pour la vie. L'idée du moi domine le courant du polyidéisme occasionnel. Elle persiste dans l'oligoidéisme du travail le plus absorbant. Elle n'apparaît qu'à l'âge de deux ans, quand l'*infans* sans parole réagit à l'appel de son prénom ou du diminutif de celui-ci. A partir de six ans, quand l'enfant commence à vivre socialement, le nom patronymique se joint au prénom pour servir de symbole à l'idée du moi. Celle-ci disparaît dans l'aliénation (*alienus*, autre) complète et peut être changée expérimentalement dans l'hypnose ou spontanément dans les personnalités secondes alternantes » (*Précis de métaps.*, t. I, p. 76).

VARIÉTÉS *(Suite)*

noms (Old Stump) ; une seule fois la personnalité seconde prit un nom patronymique, Brown, et un prénom, Albert, différents de ceux de la personnalité prime. Les personnalités secondes *savent* ou *sentent* qu'elles appartiennent au même individu ; ce qui est l'opposé des personnisations éphémères et provoquées du para-automatisme, qui se déclarent carrément l'esprit d'un mort, soit un parent, soit une célébrité, soit un inconnu. Autrefois les personnalités secondes prenaient des noms de démons.

Depuis Azam qui révéla le genre personnalité alternante (1876) (1), tous les auteurs confondent et emploient indifféremment l'un pour l'autre ces termes, condition seconde, personnalité seconde, vie somnambulique, quoique ces trois modalités de désagrégation de la personnalité soient bien distinctes. Nous sommes obligé de laisser dans leurs textes ces dénominations erronées, en prévenant le lecteur.

C'est Ribot qui fit une première étude d'ensemble des personnalités secondes dans *les Maladies de la Mémoire* (1881), page 75 : Amnésie à forme périodique, puis dans *les Maladies de la personnalité* (1884), pages 80 et 149. Malheureusement ces deux essais sont insuffisants, parce que l'auteur avait seulement quelques cas à sa disposition ; il ne pouvait encore citer qu'une observation bizarre de personnalité simultanée (celle du P. Surin) ; elle ne pouvait lui donner l'idée d'établir un genre.

Alfred Binet étudia les personnalités secondes dans son livre *les Altérations de la personnalité* (1892) ; mais il est moins complet que Myers, qui recueillit tous les cas si extraordinaires d'Amérique.

Signalons *Das Doppel Ich* de Dessoir, Berlin, 1896.

Myers plaça les personnalités secondes dans leur cadre (*Desintegrations of Personality :* Les Désagrégations de la personnalité, chapitre II de *Human Personality*, t. I, 1903) et exposa ces désagrégations massives après les désagrégations partielles ou idées fixes. Dans sa relation, soit résumée, soit complète de tous les cas de personnalité seconde, il ne sépare pas nettement les deux genres : personnalité seconde *simultanée*, personnalité *alternante*. Son chapitre II et son annexe considérable resteront la réunion la plus complète de personnalités secondes, mais sans ordre, sans classification et mêlées à d'autres syndromes vigilambuliques.

(1) Azam, Amnésie périodique et double conscience (*Rev. scient.*, 20 mai 1876, et *Rev. philos.*, 17 nov. 1883). Ici il n'y a pas double conscience, il y a deux moi successifs et alternants. Azam donne l'observation complète de Félida dans *Hypnotisme, double conscience*, Paris, 1887.

Logiquement on doit commencer l'étude des personnalités secondes par la personnalité simultanée, parce que celle-ci n'est que la personnification du groupe subconscient en désagrégation permanente et pathologique des grands hystériques. L'apparition de la personnalité alternante nouvelle est, au contraire, une véritable révolution chez l'individu par laquelle, après une crise grande ou petite, la personnalité seconde ou l'une des multiples personnalités secondes se substitue complètement à la personnalité prime avec sa mnésie propre tout à fait séparée du mémorium ordinaire et de la mnésie de la personnalité trine, quand il y en a une.

C'est à la deuxième variété : personnalité alternante nouvelle, qu'appartient le cas d'Ansel Bourne.

Ce cas célèbre fut étudié soigneusement pas Louis Read, Hinsdale, Newbold, Weir Mitchell, William James et Hodgson. Ce dernier, réunissant les données de ces observateurs, publia un rapport dans les *Proceedings S. P. R.*, vol. VII, p. 221-58, avec le titre inadéquat : *Un cas de double conscience* (2). Myers en inséra des extraits dans *Human Pers.*, t. I, 309-16 (Appendices). Nous en traduisons les parties essentielles.

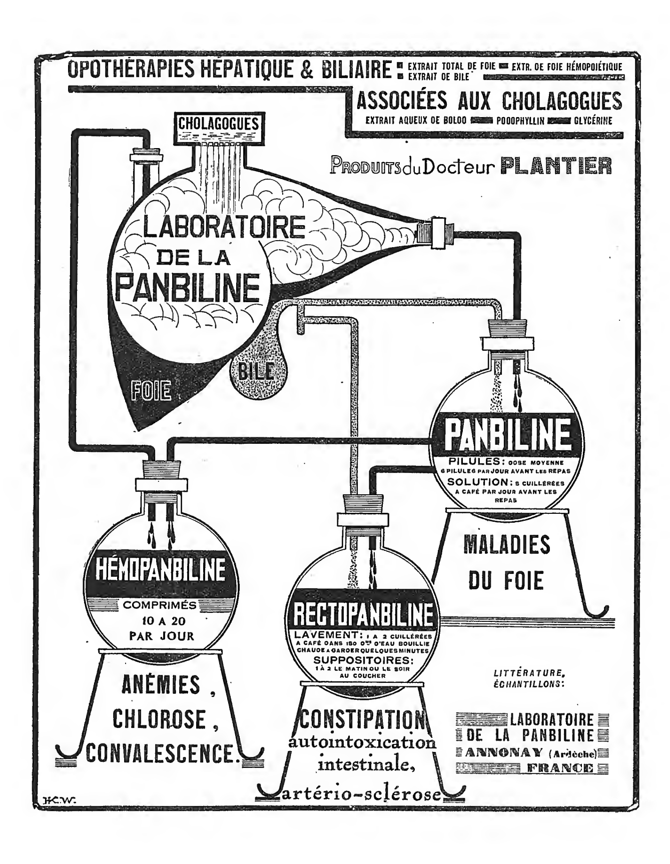
Le passage très important que Hodgson avait mis à la fin de son observation est placé par nous au commencement, parce que les faits qui y sont mentionnés permettent de porter dès le début le diagnostic d'hystérie avec fugues et montrent que la disparition en personnalité seconde ne fut pas dans la vie d'Ansel Bourne un phénomène aussi exceptionnel que Hodgson paraît le croire.

Courtes fugues subconscientes. — « Ansel Bourne déclara que dès son enfance il était sujet à « avoir le noir », mais que ceci lui arrivait moins fréquemment depuis un an et demi. Pendant ces accès de mélancolie, il ne voulait voir personne, ni parler à personne. Ils duraient de *quelques heures à une semaine. Parfois dans ces périodes il marchait et reprenait conscience de lui-même après 2 ou 3 miles.* [Ce sont des fugues ordinaires d'enfant et d'adolescent.]

Apoplexie hystérique. — « Mme Bourne nous informe que M. Bourne avait eu plusieurs « évanouissements » (3) dans le cours de sa vie. Elle en connaît quatre. Le premier survint en juillet

(2) Rapport Hodgson, *Human Pers.*, t. I, 316. Voy. aussi le rapport du D[r] Hinsdale, *Append.*, 6, 294. Dans la disparition subconsciente de Bourne, il n'y a pas « double conscience », mais cette alternance de deux personnalités : Ansel Bourne — Albert Brown — Ansel Bourne.

(3) C'est l'apoplexie hystérique, de Debove et Achard, qu'il ne faut pas confondre avec l'attaque apoplectiforme épileptique, de Trousseau.



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE : EXTRAIT TOTAL DE FOIE — EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE — EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO — PODOPHYLLIN — GLYCÉRINE
PRODUITS du Docteur PLANTIER
CHOLAGOGUES
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 5 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES A CAFÉ DANS 180 Grs D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES: 1 À 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION
autointoxication intestinale,
artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
H.C.W.

VARIÉTÉS *(Suite)*

1882, deux mois avant leur mariage, dans l'église. M. Bourne avait été au pupitre juste avant le service. Il ne devait pas prêcher ce jour-là. Il faisait très chaud, et quand M. Bourne allait sortir du pupitre, il tomba sans connaissance. Le deuxième eut lieu en décembre 1882 : il tomba d'une chaise longue dans la chambre. La troisième fois il se tenait à côté de la voiture après avoir harnaché les chevaux, quand soudain il tomba inconscient. C'était en février 1886. La dernière fois fut peu après son retour de Norristown. Il était assis sur une chaise sous un arbre à l'ombre et il glissa de sa chaise par terre. Dans ces occasions il restait inconscient plusieurs heures, de deux heures au moins à six heures au plus. »

La condition seconde (1) survint seulement une fois dans la vie du sujet; et la mémoire de cet état, entièrement perdue pendant la veille (normale), est facilement, quoique incomplètement, récupérée en plaçant le sujet en hypnose. Ansel Bourne au moment de l'accès était prêcheur-voyageur, âgé de soixante et un ans, résidant dans la petite ville de Green, État de Rhode-Island. Un matin, paraissant dans son état ordinaire de santé, il disparut, et, en dépit de la publicité que les journaux donnèrent à ce fait et des efforts de la police pour le retrouver, on ne put le découvrir pendant une période de deux mois, à la fin desquels il se découvrit lui-même à Norristown, Pennsylvanie. Là, pendant les six semaines précédentes, il avait tenu un petit bazar sous le nom d'Albert J. Brown, paraissant à ses voisins et à ses clients une personne normale ; mais il était, comme on le verra, en état somnambulique (pour vigilambulique) pendant toute cette période.

La vie de Bourne présente au moins un autre incident de grand intérêt ; j'en donnerai une esquisse comme introduction au récit de l'épisode, qui forme le sujet principal de cet article.

Ansel Bourne était d'une famille de la Nouvelle-Angleterre et naquit dans la ville de New-York le 8 juillet 1826. Son grand-père maternel fut atteint de démence à la fin de sa vie (à environ soixante-dix ans), mais semble ne pas avoir eu aucun genre aigu d'aliénation. Son père devint dissipé, de telle sorte que la mère d'Ansel et lui se séparèrent, quand Ansel avait seulement sept ans. La vie de l'enfant se passa dans la pauvreté avec peu d'étude et beaucoup de travail jusqu'à l'âge de quinze ans, où il fut placé pour apprendre le métier de charpentier à Olneyville (Rhode-Island). Jusqu'à l'âge de trente et un ans il pratiqua son métier dans diverses place de cet État. Ayant un tour d'esprit sérieux, il lut et étudia beaucoup pendant ses moments de loisirs et, après avoir été membre de l'Église Baptiste, il devint enfin un athée convaincu, non agressif et aimant discuter, mais silencieux et obstiné, comme il avait l'habitude d'être dans d'autres matières qui étaient exclusivement « son affaire ». Entre temps il s'était marié en 1854 et avait eu des enfants.

En 1857, il vivait à Westerly (Rhode-Island(, porte à porte avec M. Taylor, ministre de l'Église appelée « Chrétienne », contre laquelle il nourrissait une très grande hostilité. En relatant la crise qu'il eut cette année, j'abrège le récit donné dans cette brochure, qui a été répandue à profusion.

Les actes merveilleux de Dieu : Récit des faits miraculeux du cas d'Ansel Bourne, de Westerly, Orléans, Co., N. Y., qui dans son hostilité contre la religion chrétienne fut soudainement frappé de cécité, de surdité et de mutisme, et après dix-huit jours fut soudainement et complètement guéri en présence de centaines de personnes dans la chapelle chrétienne à Westerly, le 15 novembre 1857. Ecrit sous sa dictée et enregistré conformément à l'acte du Congrès, en l'année 1858.

Le 6 août 1857, Ansel Bourne fut apporté malade à son domicile. Se croyant guéri, il se remit au travail dans son jardin, le 14 août, le jour le plus chaud de la saison. Au milieu du jour il éprouva une grande douleur dans la tête, mais continua à travailler par intervalles. Le 16 août il perdit soudainement connaissance et ceci dura deux jours. Le docteur qui le soigna attribua ceci à une grave insolation. Il en guérit, mais eut plusieurs rechutes (2).

Le vendredi 28 octobre il sortit pour se promener, se sentant tout à fait bien. Une idée indicible soudainement le frappa : il devait aller à l'église (3). Mais il se déclara à lui-même que, plutôt que d'y aller, il préférerait rester sourd et muet pour toujours. Quelques minutes après il se sentit étourdi et s'assit sur une pierre le long de la route. Voici le texte même de la brochure :

« A l'instant il lui sembla qu'une main puissante jetait quelque chose sur sa tête, puis sur sa figure et enfin tout son corps et le priva de la vue, de l'audition et de la parole, en le laissant dans un

(1) Hodgson dit « condition » pour personnalité. Dans les petites fugues, Bourne était en condition seconde.

(2) Ce sont encore des apoplexies hystériques (Th. Br.).

(3) Il faut comparer ce brusque retour à grand fracas de l'ancien moi chrétien chez cet athée hystérique avec le retour dramatique de l'ancien moi païen chez certains primitifs nouvellement convertis, tel que l'a si bien exposé Allier (*Psychologie de la conversion chez les non-civilisés*, 1928). Nous en résumons le chapitre XIII, Les deux moi, dans le troisième volume du *Précis de métapsychique*.

état de détresse complète. Cependant il avait une parfaite jouissance de sa pensée comme dans un moment ordinaire de sa vie. Son esprit revint instantanément sur la lutte de ses pensées quelque huit ou dix minutes avant. La décision et le choix effrayants : « J'aimerais mieux être frappé de surdité et de mutisme pour toujours que d'aller à la chapelle chrétienne », lui revinrent avec leur terrible signification. Il lui sembla que Dieu l'avait pris au mot et lui avait donné ce qu'il avait choisi.

« Il fut bientôt trouvé et porté chez lui dans un char. Il se rendait compte parfaitement de tout ce qui lui arrivait. Le toucher était bien conservé; mais il ne pouvait ni voir, ni entendre, ni parler, de telle sorte que le docteur et ses amis crurent qu'il était entièrement inconscient. Il resta fermement convaincu qu'il avait reçu le jugement de ses péchés.

« Environ vingt-six heures après l'attaque, la vue lui revint soudainement et il fut alors capable de communiquer avec ses mains par l'écriture. Il ne pouvait pas encore ni entendre, ni parler, quoiqu'il pouvait se servir de sa langue librement pour d'autres fins.

« Le 11 novembre, sur son désir, il fut porté à la chapelle chrétienne et écrivit un message sur son ardoise pour être lu à la congrégation, annonçant sa conversion.

« Le dimanche suivant, 15 novembre, il vint de nouveau à la chapelle et écrivit un autre message pour être lu aussi à haute voix.

« Comme autre signe de son état d'esprit, il manifesta le désir de se tenir debout devant la congrégation et d'étendre les mains. Au milieu de l'excitation et l'émotion générales qui suivirent la lecture de son message, il se dressa dans le pupitre et il leva sa main. Aussitôt l'audition et la parole lui revinrent soudainement. Depuis lors il eut toujours l'usage complet de ses sens.

« Le résultat de ces faits fut de lui faire adopter la carrière de prêcheur-voyageur. Mais, trouvant la tâche trop dure et ces voyages incessants audessus de ses forces, il retourna à son ancien métier de charpentier. Sa deuxième femme, qu'il avait épousée en 1882, blâmait ses absences pour ses prêches, de telle sorte qu'il resta confiné à son travail dans le voisinage.

« Mais à ce sujet il devint un peu inquiet, pensant qu'il n'était pas aussi actif dans sa tâche religieuse qu'il devait l'être, il fut convaincu que s'il avait mieux accompli son devoir religieux, l'événement suivant ne serait jamais arrivé. »

La personnalité seconde. — « Le 17 janvier 1887 il alla de sa maison de Coventry, R. I., à Providence, dans le but de prendre de l'argent pour payer une ferme dont il avait arrangé l'achat. Il laissa son cheval à la gare de Greene dans une remise en attendant son retour dans la même après-midi. Il retira de la banque 551 dollars et paya plusieurs petites notes, après quoi il alla au magasin de son neveu, 121, Broad Street, puis partit de là pour aller à la maison de sa sœur, Westminster Street. Ceci fut le dernier de ses faits et gestes qui fut connu ce jour-là. Il ne fut pas vu chez sa sœur et il ne retourna pas à Greene où son cheval resta environ trois semaines et fut enfin pris par Mme Bourne. (On avertit la police et la disparition fut annoncée dans la presse locale)

Malgré la publicité donnée à cette disparition, aucune indication ne fut reçue au sujet de Bourne jusqu'au 14 mars, *huit semaines plus tard*. Le récit de la matinée du 14 mars, tel qu'il nous fut donné par M. Bourne en réponse à notre enquête, s'accorde pour le principal à celui qui fut donné au Dr Weir Mitchell, qui s'intéressa beaucoup à ce cas et qui eut l'obligeance de nous permettre de nous servir de ses notes dans la préparation de cet article. Ce dernier rapport fut fait un an après par M. Bourne et fut livré au Dr Weir Mitchell par le chirurgien général L.-H. Read, qui avait été appelé pour examiner M. Bourne le matin du 14 mars, aussitôt que ce dernier récupéra conscience de sa personnalité ordinaire. Les récits de la presse de l'époque que nous avons vus sont aussi d'accord avec les résultats de nos récentes enquêtes.

Il paraît qu'Ansel Bourne arriva à Norristown, Pa., vers le 1er février 1887, c'est-à-dire deux semaines après sa disparition de Providence, R. I. Sous le nom de A.-J. Brown il loua une boutique East Main Street, 252, à M. Pinkston Earle, et il divisa la pièce en deux au moyen de rideaux. La partie du fond de la chambre fut meublée par lui et il s'en servit comme d'une pièce à tout faire ; non seulement il y dormait, mais aussi il y préparait sa nourriture. Dans la partie de la chambre en façade il plaça des brimborions, des jouets, de la confection, etc. Il acheta ces marchandises et il les paya à Philadelphie, où il se rendait chaque semaine pour renouveler son stock. Il plaça une enseigne à sa fenêtre où on lisait : *A.-J. Brown*. La pièce qu'il avait louée faisait partie de la maison dans laquelle vivait la famille Earle ; mais quoiqu'ils fussent en contact journalier avec « M. Brown », ils ne remarquèrent rien de particulier dans sa conduite. Il menait une vie tranquille, ses habitudes étaient exactes et régulières, et il payait ses notes ponctuellement.

Il avait la plus grande exactitude à fermer son magasin à neuf heures du soir les jours ordinaires

VARIÉTÉS *(Suite)*

de semaine et à dix heures du matin le samedi. Il se rendait le samedi à l'église méthodiste et à une occasion, pendant une réunion religieuse, il raconta un incident dont il avait été témoin, disait-il, sur un vapeur des années auparavant pendant un voyage d'Albany à New-York, et ses remarques parurent parfaitement adéquates à l'affaire qu'on était en train d'examiner. En somme, aucun de ceux qui ont eu des rapports avec lui n'eut le moindre soupçon qu'il était dans une condition extraordinaire ou qu'il agissait dans unr sorte de somnambulisme.

Le mardi matin, 14 mars, vers cinq heures, il entendit, dit-il, une explosion comme produite par un fusil ou un pistolet, et, se réveillant, il observa que le bord de son lit n'était pas comme celui où il avait l'habitude de dormir. Il remarqua la lumière électrique en face de sa fenêtre. Il se leva, tira les rideaux et regarda dans la rue. Il se sentit très faible et pensa qu'on lui avait donné un médicament. La sensation suivante fut celle de la peur, quand il comprit qu'il était dans un endroit où il n'avait aucun motif de se trouver. Il craignait d'être arrêté comme voleur ou quelque chose de semblable. Il déclara que ce fut la seule fois dans sa vie qu'il eut la crainte de la police.

La dernière chose qu'il pouvait se rappeler avant d'être éveillé était d'avoir vu les camions de la Compagnie Adams express au coin de Dorrance et de Broad Streets à Providence, quand il allait du magasin de son neveu dans Broad Street à la résidence de sa sœur, Westminster Street, le 17 janvier.

Il attendit de percevoir le mouvement d'une personne ~~et~~ pendant deux heures il éprouva une grande détresse mentale. Enfin il essaya d'ouvrir la porte et la trouvant fermée à l'intérieur, il ouvrit. En entendant quelqu'un se mouvoir dans l'autre pièce, il frappa à la porte. M. Earle l'ouvrit, et lui dit : « Bonjour, monsieur Brown..

M. Brown. — Où suis-je ?

M. Earle. — Vous allez bien ?

M. Brown. — Je me sens égaré. Mon nom n'est pas Brown. Où suis-je ?

M. Earl. — A Norristown.

M. Brown. — Où est-ce ?

M. Earl. — En Pennsylvanie.

M. Brown. — Dans quelle partie de ce pays ?

M. Earl. — Environ à dix-sept miles à l'ouest de Philadelphie.

M. Brown. — Quel est le jour du mois ?

M. Earl. — Le 14.

M. Brown. — Le temps va-t-il à reculons ici ? Quand je partis de ma maison, c'était le 17.

M. Earl. — Le 17 de quoi ?

M. Brown. — Le 17 janvier.

M. Earl. — Nous sommes le 14 mars. »

M. Earle pensa que « M. Brown » avait perdu la raison, et dit qu'il allait faire appeler un médecin. Il fit venir le Dr Louis H. Read, à qui M. Bourne raconta ses faits et gestes dans le Rhode-Island le matin du 17 janvier et lui affirma qu'il ne se rappelait de rien entre le moment où il vit les fourgons de la Compagnie Adams dans la rue Dorrance le 17 janvier et jusqu'à son réveil ce matin, le 14 mars. « Ces personnes, dit-il, m'affirment que je suis à Norristown, Pennsylvanie, et que je suis ici depuis six semaines pendant lesquelles j'ai vécu avec elles. Je ne me souviens pas du tout de les avoir vues avant ce matin. » Il pria le Dr Read de télégraphier à son neveu, Andrew Harris, 121, Broad Street, Providence, R. I. Le docteur télégraphia : « Connaissez-vous Ansel Bourne ? Veuillez répondre. » Il reçut la réponse : « C'est mon oncle. Télégraphiez-moi où il est et s'il va bien. Écrivez détails. »

Plus tard, M. Harris vint à Norristown, vendit aux enchères les marchandises du magasin et termina les affaires de la firme de « M. Brown », qui, en qualité de M. Bourne, retourna chez lui dans le Rhode-Island.

Le Dr Read ajoute dans son observation du cas qu'il fournit au Dr Weir Mitchell : « Il dit qu'il est prêcheur et fermier ; il ne pouvait pas comprendre pourquoi il se trouvait engagé dans un commerce qu'il ignorait complètement et dans lequel il n'avait jamais eu le moindre désir d'entrer. Quand on lui demanda pourquoi il avait acheté et payé les marchandises et acquitté ses notes, il répondit qu'il n'avait aucun souvenir de ces transactions. La famille avec laquelle il vécut déclare qu'après l'événement de ce matin il fut grandement changé.

Il était ennuyé par la moindre allusion à son magasin et n'y entra jamais après. Il devint déprimé, ne prit aucune nourriture, ne put dormir et tomba dans un grand état de faiblesse physique et mentale. D'après les informations reçues récemment, cette condition persiste.

Il y a un grand nombre de circonstances avant et pendant la seconde personnalité qui m'ont prouvé qu'il est un homme sincère et non un imposteur. »

Nous abrégeons la dernière partie du rapport de Hogdson.

En 1890, William James hypnotisa Ansel Bourne, et le ramena à la personnalité Brown : « Il dit qu'il s'appelait Albert John Brown, que, le 17 janvier 1887, il vint de Providence à Pawtucket en char-à-bancs, delà à Boston par le train, puis à New-York où il arriva à 9 heures du soir,

et il alla au grand hôtel Union, s'inscrivant sous le nom de A.-J. Brown.

Il quitta New-York le matin suivant et alla à Newark, N.-J., de là à Philadelphie, où il arriva le soir, et il séjourna trois ou quatre jours dans un hôtel près du Dépôt. Puis il passa une semaine dans une pension de la rue Filbert, nº 115, près du Dépôt. Cette pension était tenue par deux dames dont il ne peut se rappeler le nom. Il eut l'idée de prendre un magasin dans une petite ville et, après avoir vu différentes places, il choisit Norristown à environ vingt miles de Philadelphie, où il installa une petite affaire de marchandises à 5 cents de confection, de papeterie, etc.

Il déclara qu'il était né à Newton, New-Hampshire, le 8 juillet 1826 (il naquit à New-York, le 8 juillet 1826), qu'il avait éprouvé de nombreux chagrins, pertes d'amis et d'argent ; la perte de sa femme fut pour lui une grande peine. Elle mourut en 1881 en laissant trois enfants. Mais tout était confus avant le fait de se trouver dans le char-à-bancs en route pour Pawtucket.

Il fallait qu'il s'en aille quelque part — il ne savait où — pour avoir la paix. Il avait six ou sept cents dollars, quand il installa le bazar. Il vivait en reclus, se traitait lui-même, faisait lui-même sa cuisine. Il alla à l'église et à une réunion de prières. A une de ces réunions il conta l'histoire d'un garçon qui s'agenouilla et pria au milieu des passagers sur un vapeur d'Albany à New-York.

Il avait entendu parler de la singulière aventure d'Ansel Bourne. Mais il ne savait pas s'il s'était rencontré ou non avec Ansel Bourne. Il avait été professeur de religion pendant plusieurs années, mais au delà de ceci tout était confus.

Il avait tenu un magasin à Newton, New-Hampshire, où il était engagé dans un commerce de bois. Il n'avait jamais auparavant traité le genre d'affaire qu'il prit à Norristown. Il tint le bazar de Norristown pendant six à huit semaines. Comment il sortit de là, il l'ignorait ; depuis lors, c'était un vide. La dernière chose qu'il se rappelait de ce bazar était qu'il se mit au lit la nuit du dimanche 13 mars 1887. Il alla à l'église méthodiste le matin, fit une promenade dans l'après-midi, resta dans sa chambre le soir et lut un livre. Il n'éprouva rien d'extraordinaire. Il se coucha à 8 ou 9 heures et ne se souvint plus de rien.

Les déclarations d'Ansel Bourne hypnotisé furent confirmées par l'enquête que fit R. Newbold dans les hôtels où était passé « A.-J. Brown ».

Hodgson essaya d'évoquer la personnalité « Brown » par l'écriture para-automatique, mais sans succès.

Détail important : par les tests sur les organes des sens de M. Bourne à l'état de veille et en hypnose on constata seulement une légère analgésie pendant l'hypnose seulement.

***

« Pris dans son ensemble, ce cas est embarrassant, dit Hodgson. Dans l'état « Brown », tandis qu'il oublie quelques-uns des événements les plus importants de sa vie passée, y compris son nom, son deuxième mariage, le lieu de sa naissance, il se rappelle correctement la date de sa naissance, la date de la mort de sa première femme, son commerce, etc., et chose curieuse, dans une occasion il raconte un incident survenu sur le vapeur entre Albany et New-York, fait que dans l'état « Bourne » il se rappelle aussi bien.

Dans l'hypnose du 28 mai, il se souvint qu'il a des enfants vivants, mais dans celle du 7 juin, il n'avait aucun souvenir d'eux. (La personnalité « Brown » alla en se dissolvant peu à peu.)

« Il est difficile de comprendre la manière dont se produisit chez Bourne l'oblitération temporaire de certains groupes mnésiques, qui eut pour conséquence sa transformation en « Brown ». Nous apprenons de Bourne qu'il n'a jamais connu un M. A.-J. Brown et qu'il n'a jamais vécu à Newton. Ni Bourne ni sa femme ne peuvent expliquer pourquoi il prit comme nom A.-J. Brown et comme lieu de naissance Newton, N. H. Et vraiment nous pourrions difficilement espérer de découvrir les antécédents de chacun de ces faits notables. »

— Avant d'entrer dans des considérations sur l'apparition de la personnalité seconde « A. Brown », il faut examiner la question primordiale, l'origine consciente ou subconsciente des faits.

Comme base d'appréciation de ses actes, nous acceptons la sincérité d'Ansel Bourne reconnue et affirmée par toutes les autorités psychiatriques et psychologiques qui l'ont observé, mais avec cette réserve.

Il y a cette invraisemblance criante : il est impossible de croire que « Brown », qui conserva l'intelligence pratique et le caractère droit de la personnalité prime, n'ait pas vu dans le portefeuille, dans les poches de ses vêtements aucun papier commercial ou bancaire, aucune lettre de famille ou d'affaire, aucune carte d'identité au nom d'Ansel Bourne. Toute personne honnête, qu'elle se nomme Brown, Muller ou Dubois, trouvant sur elle des documents appartenant à un autre individu inconnu, les porte à la police. Qu'en a fait « Brown »? Il les a fait disparaître, — consciem-

ment ou inconsciemment — pour couper définitivement avec son passé.

Comment a-t-il pu signer une location commerciale sans prouver son identité, sans répondant, lui qui était inconnu dans la petite ville de Norristown ?

La première chose que devait faire le Dr L. Read le matin du 14 mars, après la soudaine repersonnalisation d'Ansel Bourne, était de lui demander où étaient les papiers qu'avait Ansel Bourne le 17 janvier.

Pourquoi William James ne posa-t-il pas cette question capitale à « Brown » revenu dans l'hypnose : Qu'a fait « Brown » des papiers d'A. Bourne, qui étaient dans ses vêtements ? W. James se contenta de la déclaration du « Brown » hypnotique : J'ai entendu parler de la singulière avanture d'Ansel Bourne ; mais je ne me rappelle pas avoir ou non rencontré cet homme. Si W. James avait mieux connu l'hystérie et s'il avait su que toutes les personnalités secondes surviennent chez des hystériques, il aurait pensé comme Binet et Hesnard : « Tout se passe comme si, quand on étudie un hystérique, on expérimentait sur le plus rusé des fourbes » (Binet). « Question insoluble, la sincérité étant une qualité normale [du moi normal] et n'ayant plus de sens, ni de valeur en psychologie hystérique » (Hesnard, *L'Inconscient*, p. 132 et 141).

Dans cette disparition prolongée y a-t-il eu préméditation volontaire ou incubation latente ? En faveur de la première hypothèse il y a ce fait qu'Ansel Bourne disparut après avoir touché son dépôt en banque et après avoir vu son neveu, personne pour laquelle il paraissait avoir le plus de sympathie ; car il déclara être en désaccord avec sa deuxième femme et souffrir d'être confiné à son travail de charpentier.

Le changement psychologique soudain d'Ansel Bourne en « Brown », sans sommeil ou attaque quelconque, porte uniquement sur la personnalité civile et commerciale. Le caractère reste le même, ainsi que l'acquis d'instruction et de religion, dans la personnalité seconde.

Ce changement d'état civil et professionnel doit être rapproché du changement de mentalité, de sa conversion subite qui survint quelque temps auparavant.

Ansel Bourne était un sentimental renfermé à explosion. Il ne pouvait s'accommoder de l'objectivité des conceptions scientifiques sur l'Univers, qui ne laissent pas de place aux aspirations de l'âme, aux désirs du cœur !

Après une curieuse incubation il se transforma brusquement d'athée farouche en bouillant apôtre et, chose naturelle chez un type moteur et fugueur, il devint prêcheur-voyageur. Son monoïdéisme ou complexe hyperthymique refoulé dans le subsconscient avait réuni à la cécité de Paul à Damas, la mutité de Zacharie incrédule et y ajouta la surdité.

Il donna un bel exemple de cécité, de surdité et de mutisme hystériques, produites et guéries par auto-suggestion. Lui et tous crient au triple miracle !

Le changement de l'état athéiste à l'état croyant est brutal, massif, tandis que le changement subconscient d'état civil est plus compliqué et se compose de deux processus : 1° amnésie systématisée de certains souvenirs (son nom, sa deuxième épouse, sa profession, son domicile) ; 2° choix et synthèse immédiate d'idées nécessaires à la formation du nouveau « personnage » social. Remarquons ceci : les initiales d'Albert Brown (nom très fréquent) sont les mêmes qu'Ansel Bourne (Brown est l'anagramme de Bowrn), la date de la naissance est la même pour les deux personnages, mais que le nom de l'endroit de la naissance est changé et seulement dans la deuxième moitié : New*town* au lieu de New-*York*. Ce n'est donc pas si difficile que le prétend Hodgson de trouver l'origine de ces deux noms nouveaux dans l'état civil de Brown. C'est une association, puis un changement de noms des plus simples.

Nous concluons : chez l'hystérique à petites fugues, Bourne, se forma soudainement au moment le plus opportun le personnage social A. Brown pour une disparition subconsciente de deux mois.

Le nouveau personnage garda l'acquis par l'instruction et le caractère de l'Ansel Bourne de toujours, ainsi que la mentalité de l'Ansel Bourne converti. C'est une personnalité seconde un peu moins superficielle que Félida 2 et qui résiste aux investigations de l'hypnotiseur.

Le cas de Marie M., du Dr Boéteau. — Nous traduisons de *Human Personality*, t. I, p. 318, l'observation résumée de Mme Marie M... que Myers compare à tort à Ansel Bourne.

« Sous le titre « Automatisme somnambulique (1) avec dédoublement de la personnalité », le cas suivant fut publié par M. J.-M. Boéteau, interne des asiles de la Seine, dans les *Annales médico-psychologiques*, janvier 1892. Il a quelque ressemblance avec le cas Ansel Bourne ; car la partie de mémoire perdue fut retrouvée dans l'hypnose ;

(1) Comment peut-on confondre le somnambulisme avec la fugue subconsciente, deuxième genre du vigilambulisme ? L'étude des états seconds, de la condition seconde, des personnalités secondes n'a pas été encore faite d'une manière complète. Nous y avons consacré le IIIe tome du *Précis d métapsychique*.

VARIÉTÉS *(Suite)*

mais il en diffère par la présence d'une hystérie prononcée et l'absence d'épilepsie.

« Marie M..., âgée maintenant de vingt-deux ans, était sujette aux attaques hystériques depuis l'âge de douze ans, et pour ces attaques elle devint une malade de la consultation externe de l'hôpital Andral.

« Le 24 avril 1891, le médecin lui conseilla d'entrer dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, où elle subirait probablement une opération abdominale. Cette nouvelle fut pour elle un choc ; elle quitta l'hôpital à 10 heures et perdit conscience d'elle-même. Quand elle reprit conscience, elle se trouva dans un autre hôpital, Sainte-Anne, à 6 heures le 27 avril. On l'avait recueillie errant dans les rues de Paris, avec un aspect égaré, les souliers complètement usés et les pieds déchirés.

« En revenant à elle, elle ne pouvait se rappeler absolument rien de ce qui s'était passé depuis qu'elle avait quitté l'hôpital Andral, avec son émotion douloureuse.

« M. Boéteau l'hypnotise alors. Comme Ansel Bourne, elle fut mise aisément en hypnose, quoiqu'elle n'ait été jamais hypnotisée, et comme lui elle se rappela aussitôt les événements qui s'étaient passés pendant le hiatus de sa personnalité prime.

« Quand elle quitta l'hôpital Andral, elle se dirigea tout d'abord vers l'Hôtel-Dieu, comme on lui avait recommandé ; mais l'horreur de l'opération imminente renversa son équilibre mental et se transforma en conviction [en monoïdéisme] que son bébé, qui était mort à l'Assistance publique, était encore en garde chez la nourrice à qui elle l'avait confié à Chaville. Elle marcha sur Chaville, et de là sur Versailles, où la nourrice avait déménagé. Elle ne put rien savoir de son bébé et revint à Paris à pied. Pendant cette longue marche (1), qui usa complètement ses chaussures et blessa ses pieds, *elle ne sentit ni faim ni fatigue*. Comme elle entrait à Paris, elle commença à avoir l'hallucination de chirurgiens s'efforçant de pratiquer des opérations sur elle.

« Elle fut trouvée dans un état d'excitation maniaque et conduite à l'infirmerie spéciale le 25 avril et le 26 à l'hôpital Sainte-Anne.

« On vérifia le récit de ses aventures : il était exact.

« Le Dr Boéteau conclut que pendant une période elle eut une vie mentale différente de sa vie normale, avec retour de celle-ci après trois jours

(1) Quarante-six à 50 kilomètres. Le cas de Marie M.., marche de deux jours et deux nuits, confirme les trois notions d'infatigabilité, de jeûne supra-normal et d'insomnie supra-normale que nous avons établies pour Albert, de Tissié, et pour Blarez.

Elle présente un exemple net de personnalité alternante, avec séparation complète entre les deux existences psychologiques.

« Un autre détail doit être noté. Si l'on dit à la malade en hypnose d'écrire le jour du mois, elle écrit : 25 avril 1891. C'est le jour de sa fugue, celui pendant lequel il semble qu'elle passa du délire cohérent [monoïdéisme] au délire incohérent. Ceci indique qu'une sorte de personnalité seconde, identifiée avec la première partie de sa fugue, existe encore subliminalement [dans le subconscient], quoique le sujet ait en apparence retrouvé complètement son équilibre mental. »

— On ne peut comprendre pourquoi Myers trouve le cas de Marie M... comparable à celui d'Ansel Bourne.

1° Dans la disparition de Bourne, il y eut personnalité seconde *nouvelle*, tandis que dans la fugue de Marie M... il y eut régression de la personnalité à la période de la vie de son bébé ; Myers devait donc rapprocher cette personnalité seconde *régressive* ou ancienne du cas Louis Vivé, type des personnalités secondes régressives, et non la comparer à Ansel Bourne. — 2° Chez Marie M... dans le désarroi produit par le choc émotionnel surgit cette association d'idées : opération dans le ventre, — mon accouchement, — mon bébé, qui aboutit au monoïdéisme ambulatoire : Va voir ton enfant. C'était le moyen providentiel pour fuir le lieu d'opérations (2). Ce monoïdéisme et son effet, une fugue irraisonnée, est complètement différent du monoïdéisme d'A. Bourne : « se faire une autre vie au loin pour avoir la paix », qui réalise une personnalité et une vie nouvelle bien organisée et paisible, c'est-à-dire sans femme. — 3° Bourne est aussi hystérique que la convulsive Marie M... ; mais il présente des équivalents des crises convulsives hystériques. Hodgson et Myers adoptèrent l'erreur de Charcot en attribuant tous les troubles de Bourne à l'épilepsie.

Charcot enseignait en 1889 (Leçons du mardi) que toutes les fugues (en état second ou en condition seconde ou en personnalité seconde) étaient des formes de l'épilepsie larvée. Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, p. 268, 1891) et son élève Tissié, puis Raymond (Les délires ambulatoires ou les fugues. *Gazette des hôpitaux*, 2 juillet 1895) montrèrent que « la plupart des fugues... sont des phénomènes hystériques ».

Des cas rares de fugue chez des épileptiques ont été publiés par Jules Voisin (Observations de

(2) Le *primum movens* de la fugue de Marie M... fut donc, comme chez Blarez, une auto-suggestion *circonstantielle*, suscitée par une circonstance, situation matérielle pour Blarez, association d'idées chez Marie M...

VARIÉTÉS *(Suite)*

fugue épileptique. *VIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*, 1895, p. 196 et 199) et par Dupouy (*Les fugues et le vagabondage*, 1909).

En résumé, chez les fugueurs subconscients et les disparus subconscients on constate une amnésie systématique sur la partie sociale de leur personnalité prime ; mais chez le disparu subconscient, Type Ansel Bourne, il y a, en plus de ce processus inhibiteur, construction d'une personnalité civique nouvelle ou seconde, qui prend un nom patronymique et un prénom différents de ceux de la personnalité prime ; ce qui n'arrive jamais chez le fugueur. Cette personnalité civique seconde organise une vie nouvelle stable ; ce qui est tout à fait différent de la fugue, marche ou voyage d'un point à un autre en usant des moyens fournis par le hasard.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

(Suite)

De cette jurisprudence il résulte que, quel que soit le fait cause du préjudice, la responsabilité médicale aurait le caractère d'une responsabilité contractuelle toutes les fois qu'on établirait qu'une convention a existé, antérieure au fait dommageable.

Mais la thèse soutenue par la Cour d'Aix paraît inadmissible pour cette raison que rien ne nous permet de dire que la faute du médecin doive être considérée comme une faute contractuelle

Sans doute, il existe des rapports de droit entre le médecin et son client, et une convention tacite intervient entre les parties, convention dont nous avons souvent parlé dans *Paris médical* pour justifier les demandes en paiement d'honoraires. Par cette convention tacite, le médecin prend l'engagement de donner des soins ou de pratiquer une opération, et le malade ou ses représentants prennent de leur côté l'engagement de payer une somme déterminée.

Mais, du fait qu'il existe une convention tacite entre le médecin et son malade, on ne peut con-

clure, comme le fait la Cour d'Aix, que tout préjudice subi par le malade au cours du traitement, que tout dommage causé par une intervention chirurgicale est nécessairement une faute contractuelle. Il faudrait, pour que cette proposition fût vraie, que le fait qui a causé le dommage constitue une violation des engagements pris, ou une infraction aux obligations nées de la convention.

Ce cas peut se produire, et nous avons relaté dans *Paris médical*, à diverses reprises, des jugements qui condamnaient le médecin en raison de manquements à ces obligations. C'est ainsi que nous avons relaté un arrêt de la Cour de Pau du 30 juin 1913 (Dalloz, 1915-2-49) qui avait relevé une faute contractuelle à la charge d'un médecin qui, après avoir pris l'engagement de donner ses soins à un malade, l'avait soudain abandonné pendant le cours du traitement sans que rien ne justifiât cet abandon.

Nous avons également vu le cas d'un médecin accoucheur qui, après avoir pris l'engagement d'intervenir, avait laissé la malade sans soins à un moment particulièrement critique.

On peut donc dire dans ces cas qu'il y a responsabilité contractuelle parce que le médecin ne remplit pas les engagements qu'il a pris à l'égard du malade.

On pourrait même élargir le sens de la responsabilité contractuelle en disant que le médecin est tenu non seulement aux obligations qu'il a prises expressément, mais aux obligations que l'on est en droit normalement d'exiger de lui d'après les usages.

Au contraire, quand un médecin commet une faute dans l'exercice de sa profession, lorsqu'il se trompe de diagnostic, lorsqu'il prescrit des substances dangereuses dans des proportions telles qu'elles constituent un empoisonnement certain ; quand il pratique maladroitement une opération ou quand il commet une imprudence causant un dommage, on peut véritablement dire qu'il s'agit encore d'une responsabilité contractuelle.

Le rôle du médecin n'est pas d'assurer la guérison du malade et sa mission ne consiste pas à lui conserver sa santé ou sa vie : son obligation est de donner au malade les soins nécessaires et d'utiliser sa science et sa compétence pour s'efforcer d'atteindre la guérison. Le médecin n'a pas l'obligation de guérir, car dans ce cas il serait toujours responsable en cas de non-guérison ; son obliga-

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

tion est au contraire d'apporter au malade les moyens de guérir. Mais on ne peut dire que toutes les fois que le malade ne guérit pas le médecin a violé un engagement, puisqu'il ne s'est pas engagé à guérir. On peut dire au contraire que toutes les fois que par maladresse, ignorance, incompétence ou imprudence, il se trompe sur les moyens destinés à assurer une guérison, il engage sa responsabilité.

Par conséquent, le fondement de la responsabilité n'est pas la convention, c'est la faute du médecin commise dans l'exercice de la profession, c'est une faute de droit commun survenue au cours de la mission de guérir.

Toute la jurisprudence qui a statué sur des questions de responsabilité médicale a toujours fondé ses décisions non sur une faute contractuelle, mais sur l'application de l'article 1382 du Code civil.

Dans la note qui suit, au Dalloz périodique, l'arrêt de la Cour d'Aix M. Marcel Nast, professeur à la Faculté de droit de Strasbourg, justifie de la façon la plus évidente cette jurisprudence en indiquant les arguments qui obligent à conclure qu'un médecin n'est pas responsable à l'égard de son malade ou de ses ayants droit en raison des conventions qu'il a passées avec le malade, mais par suite d'une responsabilité soit délictuelle, soit quasi-délictuelle.

Tout d'abord, le savant professeur fait remarquer que la responsabilité médicale est soumise, quant aux fautes proprement médicales, à des règles toutes spéciales. En effet, quand les tribunaux doivent apprécier si un médecin a manqué aux règles de l'art médical, ils se montrent extrêmement réservés, et recourent en général à l'avis d'experts spécialistes qui donnent une opinion autorisée sur les erreurs médicales qui ont pu être commises.

« Les fautes médicales, écrit M. Nast, ne sont pas des fautes de droit commun, mais des fautes professionnelles. Il en résulte que les fautes médicales, ayant un caractère purement professionnel, voient leur étendue fixée par les tribunaux après consultation d'autorités scientifiques ; elles sont des violations d'obligations légales ou professionnelles ; elles n'ont aucun rapport avec la responsabilité issue de la violation d'engagements contractuels. »

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1932.

Septicémie à streptocoques hémolytiques d'origine otitique, traitée et guérie par le sérum de Vincent. — MM. R.-A. MARQUÉZY, Pierre CAMUS et ROIZES ont observé un malade, enfant de onze ans, qui eut à la suite d'une otite gauche avec mastoïdite, une septicémie à streptocoques vérifiée par l'hémoculture et compliquée d'*ictère infectieux* avec décoloration des selles, et prostration profonde.

Sous l'influence des injections de sérum antistreptococcique à hautes doses, on constate une amélioration notable et la disparition des symptômes infectieux et de la fièvre ; l'hémoculture devint négative. Mais la fièvre persistant la nuit et l'hémoculture étant devenue positive, malgré un état général satisfaisant, on fait une seconde série d'injections de sérum de Vincent qui amène, après sept jours, la guérison définitive et complète de cette septicémie que l'ensemble des symptômes et en particulier l'ictère, conduisait à considérer comme particulièrement grave.

M. le professeur VINCENT, après avoir présenté cette observation, la fait suivre du fait suivant :

MM. FLAISSIER et SOLLIER, de Nîmes, rapportent l'histoire d'un enfant qui, après avoir absorbé de l'eau putride d'un ruisseau, eut une *septicémie à streptocoques* traitée et guérie en neuf jours par le sérum antistreptococcique du professeur Vincent, malgré une fièvre considérable ayant atteint plus de 42°.

Traitement des cancers du col de l'utérus. — M. HARTMANN apporte les résultats obtenus dans la clinique de l'Hôtel-Dieu pendant les années 1921 à 1926, ne voulant parler que de malades traitées depuis plus de cinq ans. Ces malades sont au nombre de 329. Les interventions opératoires ont donné une mortalité de 4 p. 100 et 70 p. 100 de guérisons constatées après plus de cinq ans. Les traitements curiethérapiques ont été suivis d'une mortalité immédiate de 2 p. 100. Pour les cas opérables (stades I et II de la classification de Genève), il y a eu 63 p. 100 de guérisons; pour les inopérables, 15 p. 100. Il est intéressant de noter que depuis l'administration de doses plus fortes, étalées sur un plus long espace de temps, le nombre des guérisons dans les inopérables s'est élevé et est monté à 21,7 p. 100. L'emploi du radium a donc permis de guérir, dans une proportion notable, des malades auparavant incurables. Au contraire, pour les cas au début, l'intervention opératoire semble donner une proportion de guérisons plus grande que la curiethérapie.

Vagotonine et pression artérielle. — M. DESGREZ présente une note de MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen et M. Vidacovitch, établissant l'importance du rôle joué par la vagotonine sur la régulation de la pression artérielle, et étudiant les mécanismes de cette action régulatrice. La vagotonine possède un pouvoir hypotenseur bien spécifique. Elle accroît en particulier la sensibilité des réflexes dépresseurs, régulateurs normaux de la pression artérielle, et diminue le tonus vaso-constricteur.

Eau de Vittel. — M. DESGREZ communique également un travail de M. C. Auguste établissant que l'ingestion d'eau de Vittel grande Source provoque constamment chez les sujets normaux une hydrémie nettement plus précoce et plus intense que celle qui suit l'ingestion d'eau pure, ce qui tend à prouver que les propriétés diurétiques bien connues de cette eau minérale résultent principalement de l'action qu'elle exerce sur la composition du sang.

Enfin, M. Desgrez présente les résultats qu'il a obtenus avec MM. Rathery et Wolff dans l'étude de la cure de Vittel, source Hépar : accroissement net de la diurèse liquide et solide, moins marqué qu'avec Vittel grande Source, mais ces auteurs observent par contre une action qui paraît plus efficace sur le métabolisme hépatique.

Les défauts de la stabilisation chez l'homme. — M. F. DOMINGUEZ (de la Havane). — Dans son intéressant travail, le professeur Dominguez passe en revue tous les faits anatomiques et physiologiques qui contribuent à la stabilisation de l'homme, signalant la très grande fréquence de défauts qu'on peut observer. Il insiste sur l'aggravation de ces défauts par la déformation des souliers qui en est la conséquence.

M. Dominguez présente le dessin d'un appareil destiné à constater la différence de longueur des membres inférieurs après suspension du sujet afin d'éviter taute cause d'erreur.

Il étudie les principaux défauts qu'on peut trouver et arrive à la conclusion qu'étant donnée la différence entre les pieds des sujets et aussi les défauts qui peuvent exister, il serait à souhaiter que toute personne soit munie d'une fiche, après examen complet des différentes questions relatives à la stabilisation, de façon à pouvoir, en cas de défaut, y remédier par l'addition d'une semelle *ad hoc*.

Il souhaiterait l'organisation d'un corps d'experts ayant fait des études spéciales à cet objet, suivant l'exemple donné par la collaboration entre les oculistes et les opticiens.

Etant donnée la différence presque générale entre le pied droit et le pied gauche de chaque individu, ces mesures serviraient également pour établir un rapport avec les mesures intérieures des souliers standarlisés, permettant ainsi d'en corriger scientifiquement la différence, de la même façon qu'on corrige les défauts.

La lutte contre les moustiques stercoraires. — M. J. LEGENDRE, qui révéla l'an dernier l'existence d'une variété du moustique commun (*Culex pyriens*) habitant les fosses d'aisance à chasse d'eau et qu'il nomma « moustique stercoraire », expose aujourd'hui les heureux résultats qu'il a obtenus contre ces moustiques dans des établissements publics par sa méthode de protection mécanique qui transforme la fosse en piège à moustiques y laissant entrer les femelles pondeuses et retenant leur progéniture. Par ce moyen simple et peu onéreux, l'auteur a réalisé dans ces bâtiments publics la disparition rapide, totale et définitive des essaims de moustiques, qui en rendaient le séjour inconfortable et provoquaient, par leurs multiples piqûres, une véritable *éruption culidicienne* prurigineuse et déplaisante.

Le risque de pullulation des moustiques dans les w.-c. que l'urbanisme augmente chaque année doit être connu des architectes et des propriétaires, afin que soient prises ou imposées les mesures de prévention qui permettent d'éviter le tourment de ces insectes agressifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Autres communications :

L'ostéomalacie en Algérie. — M. LAFFONT (présentation faite par M. Bar).

Recherches préliminaires sur la fluorescence des piquettes des raisins secs aux rayons ultra-violets filtrés. — I. KHOURI.

Mécanisme des variations postprandiales de la glycémie. — MM. BURNARD et SOULA.

L'Académie entre en vacances. La prochaine séance aura lieu en octobre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juillet 1932.

Sur l'accoutumance du cheval allergique à la tuberculine et aux corps microbiens. — M. A. BOQUET montre que, chez le cheval allergique, des injections répétées de tuberculine déterminent une désensibilisation partielle qui se manifeste par l'affaiblissement graduel des réactions thermiques, mais laisse intacte la réactivité du tissu conjonctif. Comme celle que l'on constate chez les bovidés (H. Vallée), cette accoutumance cède lorsqu'on augmente les doses de tuberculine. Les inoculations de doses fortes de BCG par voie veineuse produisent des effets comparables.

Essai d'immunisation du cobaye par injection du bacille bilié de Calmette-Guérin dans le coussinet plantaire. — MM. M. NOURY et J. BEERENS ont constaté que chez les cobayes, prémunis par injection de 10 milligrammes de BCG dans le coussinet plantaire et éprouvés par inoculation par la même voie de 0^{mg},0001 de bacilles virulents les lésions tuberculeuses ont un caractère beaucoup moins évolutif que chez les animaux témoins et restent surtout localisées au système lymphatique.

Essai d'immunisation du cobaye au moyen de bacille bilié de Calmette-Guérin injecté par voie intradermique. — MM. M. NOURY et J. BEERENS confirmant les expériences de C. Ninni et celles de J. Valtis et F. Van Deinse, montrent que les injections intradermiques de 10 milligrammes de BCG en couronne, suivies de l'inoculation dans le derme en son centre de 0^{mg},0001 de bacilles virulents, confèrent aux cobayes qui les ont reçues une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse d'épreuve. Celle-ci évolue plus lentement que chez les animaux témoins et reste plus localisée que chez ces derniers.

Innocuité des injections sous-cutanées répétées de BCG pour le cobaye. — M. J. BEERENS a vu l'innocuité des injections sous-cutanées répétées de BCG au cobaye, aux doses de 1 milligramme tous les cinq jours (au total 12 injections), ou de 0,01 tous les deux jours (au total 30 à 35 injections). Les premières injections seules provoquent la formation d'abcès aux points de réinoculation; pour les secondes, cette réaction d'intolérance n'a été observée qu'une fois. Chez aucun des animaux ainsi réinoculés il n'a été possible d'obtenir des lésions tuberculeuses. Chez plusieurs animaux le BCG a pu être isolé des ganglions.

Migration des mélanophores dermiques dans l'épiderme chez l'axolotl. — M. V. VILTER présente une note sur l'origine dermique de la mélanine épithéliale chez les Batraciens. Les cellules mélaniques pénètrent activemnet dans l'épiderme et ces nouveaux mélanophores épidermiques, en se désagrégeant, libèrent la mélanine qui est reprise par les cellules épidermiques. L'auteur note la ressemblance morphologique et fonctionnelle de ces mélanophores migrateurs avec les cellules de Langerhans de l'épiderme humain.

Les lésions hémorragiques placentaires du cobaye. — M. L. GRIMARD-RICHARD signale que certaines infections, dues aux bactéries et aux protozoaires, peuvent déterminer des infarctus hémorragiques du placenta au niveau desquels les cavités vasculaires maternelles communiquent avec les capillaires fœtaux : ces lésions peuvent ainsi permettre aux germes qui en sont l'origine de passer de la mère au fœtus. Dans d'autres cas, il existe chez le cobaye des lésions placentaires hémorragiques qui sont indépendantes de l'infection dont on veut étudier la transmission hérédiatire : les germes peuvent alors traverser le placenta à la faveur d'altérations qu'ils n'ont pas causées.

Triple chronaxie à la face postérieure de la cuisse et du bras de l'homme. Chronaxie de l'anconé. — M. GEORGES BOURGUIGNON a trouvé à la face postérieure de la cuisse et du bras, chez l'homme, trois chronaxies, et non pas seulement deux comme à l'avant-bras et à la jambe. Les deux portions du biceps crural, le demi-membraneux et le demi-tendineux ont chacun trois points moteurs et trois chronaxies : l'une égale à celle des muscles antérieurs de la cuisse (0σ,06 à 0σ,14), la deuxième double de la première (0σ,16 à 0σ,34) et la troisième quadruple de la première (0σ,40 à 0σ,70) et égale à la chronaxie la plus grande des muscles postérieurs de la jambe.

Il existe de même au bras, dans l'aconné, un faisceau musculaire de chronaxie quadruple de celle des muscles antérieurs du bras et égale à 0σ,40 à 0σ,70. On a donc tort de négliger l'examen de l'anconé en électrodiagnostic.

F.-P. MERKLEN.

Séance du 23 juillet 1932.

De l'influence de la splénectomie sur la chute glycémique des chiens hépatectomisés. — MM. N. FIESSINGER, R. CARLING-PALMER, R. LANÇON et M. HERBAIN montrent que la chute glycémique qui se produit avec brutalité après l'hépatectomie totale suivant leur technique, peut être modérée d'une façon surprenante par la splénectomie. Ces expériences éclairent des constatations de Ch. Richet, puis de Bierry, Rathery et Levina, et montrent que l'hyperglycémie légère qui suit la splénectomie n'est pas due à un trouble de la glycopexie hépatique, mais à un trouble de la glycolyse tissulaire. La rate semble exercer une influence activante sur l'insuline pancréatique.

Action des hormones cardiaques sur le cœur de poulet en culture « in vitro ». — MM. LÉON BINET, JEAN VERNE et P. GABRIEL opèrent sur des cœurs embryonnaires de poulets cultivés *in vitro* et dont le début de la culture remonte à un à sept jours.

Lorsque la culture est au repos, ne présente plus de contractions spontanées depuis quelque temps, l'expérience montre que la préparation est insensible au sérum physiologique ou à un extrait d'oreillette gauche. Par contre, l'addition d'extrait d'oreillette droite (région sinusale) peut faire reconnaître des contractions pendant

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

une durée de deux heures environ. Ces contractions sont variables dans leur rythme et peuvent atteindre 140 à la minute.

L'ébullition ne fait pas perdre ses propriétés à cet extrait d'oreillette droite.

Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques. — MM. CLAUDE, J. DUBLINEAU, M. MASQUIN et Mlle BONNARD, opérant avec la méthode des deux azotes, considèrent comme normaux des chiffres de 30 à 55 milligrammes dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien le taux, habituellement nul, de la peptorachie paraît pouvoir s'élever légèrement chez le sujet normal. Polypeptidémie et polypeptidorachie furent normales dans un cas de délire chronique, subnormales ou variables dans 3 cas d'états confusionnels frustes ; dans les cas aigus ou subaigus, il y eut 7 fois sur 8 une polypeptidorachie supérieure à 7 milligrammes. Le plus souvent, le taux des polypeptides sanguines était également élevé. Mais la constatation, dans quelques cas, de polypeptorachies isolées, sans polypeptidémie, peut faire, sous certaines réserves, peser le problème de la formation *in vitro* des polypeptides rachidiens.

Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique. — MM. H. CLAUDE, H. BARUK et H.-R. OLIVIER ont étudié au cours du sommeil cataleptique, d'une part l'état fonctionnel du foie, d'autre part l'indice de clivage c'est-à-dire le rapport de l'azote polypeptidique à l'azote total dans le liquide céphalo-rachidien. Dans la majorité des cas ils ont observé une polypeptidorachie importante avec indice de clivage élevé, et des signes d'insuffisance fonctionnelle du foie. Ils considèrent que ces résultats constituent un appoint à la conception toxique du syndrome catatonique.

Vésicule et cholestérol. — M. G. LŒWY est arrivé à des conclusions différentes de celles de Elman, Taussig et Graham qui avaient récemment trouvé que le cholestérol est excrété par la muqueuse vésiculaire.

Les expériences de comparaison, chez le même chien, entre la bile vésiculaire et la bile hépatique recueillie après l'intervention, indiquent bien une excrétion de cholestérol par la vésicule, mais cette conclusion est discutable du fait que la bile hépatique a été sécrétée dans des conditions anormales.

Les expériences de comparaison entre la bile influencée par la vésicule et la bile hépatique pure, drainées séparément dans deux ballons, sont, après correction de la fonction de concentration de la vésicule, par rapport à la quantité de bile et au poids correspondant de foie, *nettement en faveur de l'absorption de cholestérol par les parois vésiculaires.* Ces expériences n'excluent pas la possibilité d'une sécrétion de cholestérol, mais elle est négligeable, dans les circonstances normales.

Les variations du sucre libre et protéidique chez les diabétiques à la suite d'ingestion de glucose, avec ou sans insuline. — MM. F. RATHERY et I. COSMULESCO ont trouvé que chez les diabétiques, une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose, le sucre libre augmente toujours ; le sucre protéidique n'augmente que dans moins de la moitié des cas ; dans les autres, il ne change pas ou même diminue.

Une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose et l'injection de 20 unités d'insuline, le sucre libre augmente moins qu'après le glucose seul ; le sucre protéidique n'augmente que dans un quart des cas et encore très faiblement; dans la moitié des cas il ne change pas ; dans un autre quart il diminue ; ces variations sont de beaucoup moins accentuées que celles entraînées par l'ingestion du glucose seul.

Le sucre protéidique présente donc chez les diabétiques une stabilité plus grande que le sucre libre, tant au cours de l'ingestion de glucose seul que de celle de glucose associé à l'injection d'insuline, cette dernière semblant favoriser cette stabilité.

Perméabilité du placenta au sérum de lait et lacto-anaphylaxie héréditaire. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRIMARD-RICHARD font observer que, dans les conditions normales, le placenta se laisse très difficilement traverser par le filtrat du lait. La lacto-anaphylaxie héréditaire active ne paraît donc pas pouvoir être obtenue chez le cobaye. La perméabilité au sérum de lait du placenta est, sans doute, aussi faible, mais peut-être certaines conditions physiologiques ou pathologiques peuvent-elles chez l'homme, comme chez le cobaye, modifier la perméabilité du placenta et rendre possible la lacto-anaphylaxie héréditaire active.

Action de l'ultrafiltration et de la chaleur sur le pouvoir trypanolytique des immun-sérums. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER montrent que les ultrafiltres de collodion, qui arrêtent l'alexine, se laissent traverser par la substance contenue dans les immun-sérums, qui détermine la destruction des trypanosomes. Le chauffage à 57° ou même à 59° ne détruit pas l'activité trypanolytique des immun-sérums, mais la diminue seulement très légèrement.

Transmission de la syphilis à la souris par greffe de lymphadénome contaminé par du virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI et N. CONSTANTINESCO, continuant leurs recherches antérieures d'après lesquelles, chez des souris en puissance d'une infection syphilitique inapparente et porteuses de tumeurs cancéreuses ou sarcomateuses, le virus syphilitique pénètre dans le néoplasme et s'y maintient pendant au moins vingt et un jours, se demandent si de tels néoplasmes contaminés de syphilis peuvent conférer la maladie à d'autres souris après greffe de la tumeur par voie sous-cutanée. Il résulte de leurs expériences que le virus syphilitique contenu dans ces tumeurs est pathogène pour le lapin, chez lequel il détermine l'apparition de syphilomes scrotaux riches en tréponèmes. De plus des lymphédénomes virulents peuvent conférer la syphilis inapparente à d'autres souris neuves, par simple greffe sous-cutanée, quel que soit le résultat positif ou négatif de cette greffe, et cela pendant au moins deux passages consécutifs.

Morphologie du virus rabique. — MM. C. LAVADITI, R. SCHŒN et J. C. METZGER ont continué leurs recherches sur la morphologie du virus rabique intracellulaire. Il résulte de leurs constatations que l'on ne saurait identifier les corpuscules rabiques ni avec l'appareil mitochondrial, ni avec le système vacuolaire des neurones normaux ou contaminés de rage. Cependant, il y a lieu d'admettre que les unités virulentes du germe rabique se multiplient au contact du chondriome qui leur sert de milieu de cul-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ture et dont elles modifient la forme et les affinités colorantes. Or, ce chondriome varie qualitativement et quantitativement d'un groupe neuronique à l'autre, et surtout d'une espèce animale à l'autre. Ceci explique la variabilité des affinités électives et du cycle évolutif des diverses souches de virus rabique, variabilité en rapport non seulement avec les aptitudes innées et potentielles du germe, mais encore avec le comportement physicochimique de l'appareil mitochondrial, un des constituants du cytoplasme de la cellule nerveuse.

Réceptivité du chat à l'égard du virus lymphogranulomateux de la maladie de Nicolas et Favre. — MM. LEVADITI, RAVAUT SCHŒN et VAISMAN ont inoculé à des jeunes chats le virus lymphogranulomateux entretenu par des passages réguliers sur le singe et la souris. L'injection intracérébrale a déterminé la maladie de Nicolas et Favre expérimentale, soit apparente, soit inapparente, le névraxe du chat contenant du virus pathogène pour le singe. Le chat doit donc être compris parmi les espèces animales susceptibles de contracter la lymphogranulomatose nguinale (singe, souris, cobaye).

Dosage des lipides dans le tissu rénal du chien. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY, A. CODOUNIS et E. HADJIGEORGE montrent que, exprimé en grammes pour cent de tissu frais, le chiffre moyen des lipides totaux oscille entre 3 et 4 ; celui du cholestérol est de 0,20 ; celui des acides gras de 3,40.

Mais il peut y avoir des différences assez notables sur plusieurs échantillons d'un même rein, suivant que le prélèvement est effectué dans un territoire plus ou moins riche en graisses.

Recherches sur l'excitabilité des voies laryngées motrices centrales et périphériques. — M. et Mme A. CHAUCHARD et P. DUMONT ont étudié sur des chiens l'influence de l'écorce cérébrale sur l'excitabilité des neurones adducteurs et abducteurs des cordes vocales. A l'état normal, il y a isochronisme entre le neurone cortical et le neurone périphérique. La mise hors de cause de l'écorce cérébrale, soit par cocaïnisation, soit par abrasion de la zone motrice, a pour effet de déterminer une variation de l'excitabilité des nerfs laryngés inférieurs qui se manifeste par une diminution de la chronaxie ; la section bilatérale de ces nerfs égalise leur chronaxie, la plus longue subissan un raccourcissement qui la rapproche de l'autre.

Mesure de l'excitabilité des fibres vaso-constrictrices du sympathique cervical. — M. P. DUMONT, par des mesures de chronaxie du sympathique cervical vasoconstricteur, montre qu'il existe, chez le Chien, des différences individuelles de la valeur de l'excitabilité de ces fibres nerveuses. Ces valeurs se répartissent en deux groupes de nombre à peu près égal : l'un comprend des chronaxies de 1,6 millième de seconde, l'autre des chronaxies 5 fois plus petites.

Il semble bien que ces différences d'excitabilité correspondent à des différences parallèles dans le réflexe oculocardiaque.

Sur le pouvoir floculant de la toxine du bacile de Preisz-Nocard. — Il résulte des recherches de MM. ACH. URBAIN et G. GUILLOT que le phénomène de floculation apparait régulièrement dans les mélanges de toxine et sérum anti-Preisz-Nocard, constitué par le sérum de chevaux chroniquement infecté. Ce phénomène est spécifique et il se manifeste en trois à huit heures avec des doses de sérum variant de 1 à 4 centimètres cubes.

Absence d'anticorps pour le virus amaril dans le sang des sujets de dengue. — MM. G. STEFANOPOULO et G. GALLINICOS prouvent que le sérum des sujets ayant été atteints de dengue en Grèce est dépourvu de tout pouvoir neutralisant envers le virus amaril de la souris. Les résultats obtenus antérieurement par Stefanopoulo avec le virus de la fièvre jaune du singe se trouvent ainsi confirmés, au moyen de la souris ; cette dernière méthode, très sensible, est capable de mettre en évidence la présence de petites quantités d'anticorps dans le sérum d'anciens malades.

Variations des protéines acétoprécipitables du sérum. — MM. M. LŒPER, F.-P. MERKLEN et J. TONNET soulignent l'intérêt de l'étude des variations des albumines précipitables à froid par l'acide acétique au double point de vue biologique et clinique. Le chiffre normal de ces albumines oscille autour de 5 grammes par litre de sérum. Il s'élève dans beaucoup de suppurations, dans certains cancers, dans certaines néphrites subaiguës ; il est par contre à peu près constamment abaissé dans les cirrhoses chroniques et dans la maladie de Basedow. Le taux de ces protéines s'accroît, en même temps d'ailleurs que souvent celui des globulines après radiothérapie des lésions inflammatoires ou néoplasiques ; un accroissement analogue s'observe dans la maladie de Basedow non seulement après radiothérapie, mais aussi au cours des améliorations obtenues par des moyens médicamenteux, ce qui témoigne sans doute du retour du corps thyroïde à son fonctionnement protéocrasique normal.

Sur quelques propriétés des rayons de courte longueur d'onde sur le virus vaccinal et ses germes adventices. — Mme BARKAI, MM. H. BENARD et L. CAMUS montrent que le virus vaccinal et les germes qui lui sont associés ont une sensibilité à peu près équivalente à l'égard des rayons ultra-violets. Ils subissent d'une façon très comparable l'action photo-sensibilisante de certaines substances telles que l'éosine et le rose bengale. Les auteurs n'ont pas réussi à trouver dans l'irradiation par les ultraviolets un procédé simple de purification du vaccin.

Formes atypiques du virus tuberculeux, retour à la forme commune A. R. après culture et inoculation. — MM. HENRI DURAND et I. GASPARD ont isolé dans un cas d'endocardite maligne compliquée d'un réveil de tuberculose des séreuses, un bacille cyanophile granuleux qui cultivé sur bouillon simple, puis sur Löwenstein et pomme de terre, donne naissance à des formes acidorésistantes : granulations et bacilles en microcolonies L'inoculation simultanée à l'animal donne lieu à une tuberculose ganglio-splénique sans chancre d'inoculation et bacilles A. R. dans les frottis. Le sang cultivé sur Löwenstein donne également des microcolonies de bacilles A. R.

Dans un cas d'adénite cervicale ancienne les frottis décelaient la présence de granulations isolées ou disposées sur des corps bacillaires à peine colorables par le Ziehl mêlées à des bacilles cyanophiles portant des granulations acido-résistantes. Ces éléments portés sur Löwenstein reproduisent des groupes de bacilles acidoésistants un peu anormaux par leur forme incurvée renflée, enflée en massue ou très fins avec des granulations

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

polaires. Ce même matériel de broyage inoculé au cobaye donne une tuberculose ganglionnaire avec bacilles de forme commune.

Granulomatose maligne et tuberculose. — MM. H. DURAND, I. GASPAR et H. MARCOUX ont étudié 4 cas de maladie de Hodgkin. Dans 3 cas il n'a pu être décelé aucun élément tuberculeux histologique ni bactériologique dans les produits prélevés par biopsie ni dans les nombreux animaux inoculés. Dans un cas la tuberculose est apparue, après quelques mois d'évolution, dans les crachats et chez les animaux. Il semble qu'on puisse considérer que le virus tuberculeux n'intervient qu'à titre secondaire au cours de la maladie et non comme agent étiologique.

Équilibre acide-base au cours de la narcose à l'éther. — MM. H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et E. LELU ont étudié les variations de l'équilibre acide-base aux différentes périodes d'une anesthésie par l'éther, en prenant pour tests non seulement le *p*H du plasma et la réserve alcaline, mais aussi le rapport chlore globulaire chlore plasmatique.

En se basant sur ces données, ils ont constaté au cours de la narcose par l'éther un état d'alcalose gazeuse à la phase initiale d'excitation, une acidose gazeuse à la phase de sommeil, une alcalose gazeuse à la phase de réveil.

La teneur en glucose du corps vitré de l'œil humain. — MM. MAGITOT et LENOIR ont constaté que le glucose passe dans les humeurs de l'œil de manière assez inégale; ils étudient plus spécialement ici la teneur en glucose du corps vitré de l'œil humain.

A propos de la technique interférométrique de Hirsch. — M. CH.-O GUILLAUMIN apporte ses résultats personnels en ce qui concerne la technique et l'interprétation de la technique interférométrique appliquée à l'étude des troubles endocriniens.

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 février 1932.

Communications naso et sinuso-buccales. — Le Dr CROCQUEFER en apporte deux observations qui montrent l'importance des troubles de la coagulation dans leur genèse et comment on peut les guérir par l'hémothérapie. L'acolite présentée par le Dr Crocquefer est un alliage nouveau possédant certaines propriétés physiques et chimiques de l'or et certaines de l'amalgame. Ses indications résultent de sa coulée facilement obtenue. On peut l'utiliser pour des obturations, pour des reconstitutions. Sa malléabilité le contre-indique absolument pour des travaux de prothèse fixe.

Malformation d'origine traumatique de la couronne d'une canine supérieure temporaire. — Intéressante observation présentée par DECHAUME.

Un cas de malformation dentaire ayant entraîné la chute d'une prothèse fixe. — Dr RÉGIS.

Un cas d'iodoformisme. — Le Dr CHATELLIER en présente un cas survenu à la suite de la mise en place d'une mèche iodoformée dans la plaie opératoire de décapuchonnage d'une dent de sagesse inférieure. La quantité d'iodoforme employée était infime et a pourtant provoqué une intoxication assez sévère mais non mortelle.

Les articulations de la face à la naissance. — MM. LEBOURG et SEYDEL montrent que l'évolution des jointures de la face, comme celles du crâne, passe par les trois stades de synfibrose, synarthrose, synostose, chacune de ces étapes ayant ses caractères anatomiques propres et une chronologie particulière suivant la suture considérée. L'importance physio-pathologique de ces articulations découle du rôle considérable qui leur est dévolu.

Toutes les causes qui influent sur l'activité des périostes de conjugaison retentissent obligatoirement sur la forme et l'équilibre des os dont ils commandent le développement. Cette notion permettra sans doute de faire entrer dans le cadre des maladies périostiques un certain nombre de dysmorphies maxillo-facio-craniennes.

Quelques cas de nécroses tropho-infectieuses pulpaires ligamentaires et maxillaires. — Le Dr CROCQUEFER apporte quelques observations de nécrose dont l'origine tropho-infectieuse est vraisemblable, en l'absence de toute application de pansements nécrophiles.

Séance du 15 mars 1932.

Un cas d'alvéolyse infantile. — Le Dr LEBOURG présente une observation de cette affection qui est exceptionnelle dans l'enfance.

Le traitement de l'atrésie et de l'imperméabilité nasale chez l'enfant par la disjonction des os maxillaires supérieurs. — Le Dr MÉNARD apporte une remarquable mise au point de cette question.

Gomme génienne tuberculeuse. — Le Dr DECHAUME à propos d'une observation, croit pouvoir en déduire que la tuberculose en général reconnaît bien plus souvent qu'on ne le croit, une origine dentaire ou paradentaire.

Les hémorragies graves en pratique dentaire. — Le Dr KERBOUL rappelle les signes des différents grands syndromes hémorragiques et rappelle les précautions indispensables qui s'imposent en pareil cas.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 avril 1932.

Vingt-huit cas d'hyperkératose palmo-plantaire relevés dans une même famille. — MM. JEAN HUTINEL, DIRIART, et DREYFUSS présentent un enfant de dix ans atteint d'hyperkératose palmo-plantaire symétrique ou maladie de Méléda. Dans la famille de cet enfant, on a pu relever à travers cinq générations 28 cas de cette affection : cette étude permet de constater que le sexe masculin et le sexe féminin sont atteints dans des proportions identiques et que la maladie est transmise indifféremment par le père ou la mère, mais toujours directement de parents à enfants, sans sauter de génération.

Encéphalite morbilleuse. — M. BABONNEIX et Mlles RIOM et WILM présentent un cas d'encéphalite morbilleuse avec hémiplégie droite et aphasie observée chez une enfant de trois ans.

Maladie de Still à début anormal. — MM. R. DEBRÉ, R. BROCA et Mlle CRÉMIEU-ALCAN présentent un enfant de trois ans et demi atteint d'une maladie de Still ayant débuté anormalement par une localisation sur les articulations de la colonne cervicale, ce qui pouvait entraîner une erreur de diagnostic. Par la suite, l'ensemble des déformations et des signes caractéristiques s'installa et la maladie évolua sous son aspect connu.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Tumeur de la rétine avec métastases multiples. — MM. MONTHUS et FAVORY présentent un enfant de deux ans qui, à la suite de l'énucléation de l'œil gauche pour une tumeur de la rétine, a des métastases au niveau du périoste des os du crâne et des membres inférieurs.

Acrodynie infantile à forme mutilante, récidive au bout de sept ans, séquelles psychiques et vaso-motrices. — MM. R. DEBRÉ et CLÉRET présentent une enfant de onze ans ayant des séquelles graves d'une acrodynie survenue en 1923 et ayant récidivé sept ans plus tard. Il existe une mutilation grave du maxillaire inférieur, de l'acrocyanose et des anomalies importantes du caractère et du développement intellectuel.

M. MARQUÉZY et Mlle ROUGET rapportent à ce propos trois observations d'acrodynie récemment observées l'une à forme classique, la seconde à forme psychique, la troisième, fruste ; ils insistent sur l'importance de la fièvre, qui est un argument en faveur de l'origine infectieuse de la maladie.

M. LEREBOULLET rappelle les bons résultats qu'il a obtenus avec l'acétylcholine ; ses effets sont certainement variables avec la période de la maladie à laquelle on l'emploie.

Malformation cardiaque congénitale. — M. MARQUÉZY, Mlle ROUGET et M. BOUSSOULADE présentent un enfant porteur d'un double souffle cardiaque qui, d'après ses caractères et les renseignements de l'examen radiologique, peut être interprété comme traduisant l'existence d'une communication interventriculaire avec insuffisance de l'artère pulmonaire — et peut-être rétrécissement pulmonaire, quoiqu'il n'y ait pas de cyanose.

Névralgie sus-orbitaire tenace guérie par l'ionisation au nitrate d'aconitine. — MM. FÈVRE et DUHEM rapportent l'observation d'un enfant de onze ans souffrant depuis quatre ans de névralgies sus-orbitaires consécutives à une chute sur le front. La plaie produite guérit rapidement, mais bientôt s'installa une névralgie d'intensité croissante et vite intolérable. Avant de recourir au traitement chirurgical, les auteurs tentèrent un traitement par l'ionisation au nitrate d'aconitine qui entraîna la guérison complète en treize applications.

Cholécystite gangreneuse au cours d'une scarlatine. Cholécystostomie. Guérison. — M. DELAGE (d'Alès).

Volumineux calcul vésical. — M. LESNÉ rapporte l'observation d'une enfant qui lui avait été envoyée avec le diagnostic de pyélonéphrite tuberculeuse et qui était en réalité porteuse d'un volumineux calcul vésical avec urines purulentes depuis quatre mois. Le calcul dut être extrait par cystostomie.

M. COFFIN a observé chez un enfant de trois ans un calcul aussi volumineux.

M. HALLÉ fait remarquer la rareté actuelle des calculs de la vessie qui étaient autrefois très fréquents.

M. COMBY pense que l'amélioration de l'hygiène alimentaire est la cause de la disparition des calculs vésicaux chez l'enfant.

Le traitement du prurigo strophulus par les injections intradermiques de peptone de Witte. — MM. RENÉ MATHIEU, GASTON LÉVY et LAUTMANN rappellent que les injections de peptone de Witte chez l'adulte atteint d'urticaire sont souvent plus nuisibles qu'utiles, mais il n'en est pas de même chez l'enfant qui souffre de prurigo strophulus. Ce mode de traitement combiné avec un régime alimentaire bien choisi donne de bons résultats et en particulier abrège la durée des crises prurigineuses.

Rougeole abortive. — M. R. BROCA rapporte l'observation d'un enfant de neuf ans qui présenta une rougeole abortive. L'explication paraît être la suivante : à l'âge de deux mois, alors que l'enfant avait une immunité passive contre la rougeole du fait d'une rougeole maternelle antérieure, il avait été laissé en contact intime avec son frère aîné atteint de rougeole : il est probable qu'une immunité active s'est développée dans ces conditions.

M. HEUYER, M. PARAF rapportent des cas analogues qui viennent à l'appui de l'opinion émise par M. Debré, d'après laquelle l'enfant acquiert une certaine immunité active du fait d'un contact infectant survenant au cours d'une immunité passive, maternelle ou artificielle.

Deux cas de méningite ourlienne primitive. — M. BOULANGER-PILET.

M. SCHREIBER a observé un nourrisson de trois mois, atteint d'un épisode méningé qui fut suivi trois semaines plus tard de l'évolution d'oreillons typiques chez sa mère. Cet enfant, qui vient d'être en contact à l'âge de cinq ans avec un frère atteint d'oreillons n'a pas contracté la maladie.

Peut-être y a-t-il au-dessous de deux ans des oreillons à localisation uniquement méningée.

Tuberculose hypertrophique du cæcum. — MM. GRENET, LEVENT et MOURRUT.

Variations de l'indice céphalique dans les deux sexes pendant l'année d'éclosion de la puberté. Hérédité de l'indice céphalique. — M. PAUL GODIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1932.

A propos du néo-interventionnisme en matière de tuberculose chirurgicale. — M. RŒDERER pense qu'interventionnisme et non-interventionnisme sont cycliques en matière de tuberculose chirurgicale. Tous les dix ou quinze ans, on assiste à une nouvelle offensive opératoire. Elle s'épuise d'elle-même parce que les résultats sont reconnus moins bons que ceux obtenus par les procédés de simple mobilisation. Les tuberculoses ostéo-articulaires ne sont pas une maladie purement locale. Elles guérissent avec du temps, de la patience, des soins hygiéniques et thérapeutiques au soleil de la mer ou de l'altitude. La radiographie ne montre pas tout. Elle peut laisser ignorer l'étendue d'une lésion et ne révèle pas, d'autre part, la virulence de l'agent pathogène. Bien entendu, ceci ne condamne pas la greffe d'Albee ou l'arthrodèse de hanche de la convalescence, l'enlèvement d'un séquestre ou le grattage d'une cavité superficielle ; l'auteur condamne seulement les grandes opérations précoces.

Ictus chez une chienne. — M. H. LEGRAND présente une chienne pékinoise de sept ans qui, à la suite d'une poussée de lait (galactorrhée), a eu un ictus suivi d'un arrêt du cœur et des mouvements respiratoires, puis d'une hémiplégie droite, chose rare dans l'espèce canine où la paraplégie est très souvent observée. Le traitement a consisté en des tractions rythmées de la langue et une injection de sérum glucosé.

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

Sélection-type en immigration. — M. René Martia, étudie la sélection-type en immigration, en prenant comme exemple les conditions de l'immigration tchécoslovaque en France et dans l'Afrique du Nord, et en s'appuyant sur les principes qu'il a posés dans son *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale* : ethnographie, psychologie, littérature, histoire, préparation sélection. Pour l'auteur, la sélection du peuple est plus importante que celle des individus et la qualité doit l'emporter sur le nombre ; et le chômage industriel ne justifie pas le désintéressement actuel à l'égard de l'immigration, car nos villages, notre agriculture, nos forêts et nos sables ont besoin de main-d'œuvre.

Ostéotomie sous-trochantérienne « en console » dans les pseudarthroses du col du fémur. — M. André Trèves pense que les douleurs qui accompagnent ces pseudarthroses sont dues à l'adduction du membre qui augmente le raccourcissement, et à la position en porte-à-faux grâce à laquelle le fragment diaphysaire glisse contre l'aile iliaque, tiraille la pseudarthrose et contracture les muscles. Il propose, après repérage radioscopique, de sectionner transversalement le fémur immédiatement au-dessous du bord inférieur de la tête fémorale, de faire glisser légèrement en dedans le fragment inférieur et de placer le membre en abduction. La sorte de « console » ainsi créée s'appuie contre la tête fémorale et l'aililiaque, supprime le porte-à-faux et les douleurs. L'abaissement du bassin du côté malade compense le raccourcissement.

Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale. — MM. Le Fur et Lamiaud pensent que la bacillurie tuberculeuse, avec ou sans leucocytose et albuminurie, est toujours un phénomène pathologique et constitue une des premières manifestations de la tuberculose rénale. Pour eux, ce symptôme indiquerait nécessairement une rupture en un point du filtre rénal avec lésion minime de l'épithélium. En conséquence, le traitement médical et vaccinothérapie est indiqué en cas de bacillurie, tandis que la néphrectomie s'impose en cas de lésions caséeuses avec importante diminution de la fonction rénale ou complication de cystite.

Contribution à l'étude de la sonorité préhépatique chronique. — MM. Ch. Guilbert et Tardieu font connaître trois nouveaux cas de sonorité préhépatique symptomatique de périviscérite du carrefour supérieur, dans lesquels la réalité de la péricolite adhésive fut démontrée au cours de l'intervention chirurgicale. Dans deux de ces cas, l'angle droit du côlon responsable de la sonorité préhépatique était maintenu adhérent sous la face inférieure du foie et en arrière du bord antérieur (péricolite angulaire postérieure). Pour distinguer les cas d'interposition hépato-diaphragmatique vraie de ceux qui relèvent de la péricolite sous-hépatique postérieure, le cliché radiographique pris de face serait insuffisant et le cliché de profil est indispensable.

A propos de la radiothérapie des fibromes utérins. — M. Pierre Lehmann signale l'économie, même de temps, qui résulterait du traitement des fibromes par la radiothérapie semi-pénétrante, une ou deux séries d'application de 2 h. 30 à 3 heures suffisant, d'après lui, à provoquer la ménopause. Les résultats de la radiothérapie semi-profonde ont été constants dans 1 600 cas ; mais l'auteur précise qu'on doit réserver l'emploi des rayons aux fibromes dont le diagnostic est certain, et penser toujours à la possibilité d'une erreur de diagnostic.

P. Prost.

NOUVELLES

AVIS. — Dans ce numéro de *Paris médical* et dans le prochain il n'y aura pas de feuille des dernières nouvelles.

Faculté de médecine de Paris. Examens. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 30 mai 1933.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre* 1932. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1932, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1932, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 17 octobre 1932 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), le lundi 3 et mardi 4 octobre 1932, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1932-1933. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 4 au 19 janvier 1933.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au Secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre une série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundi et mardi, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 3 octobre 1932 au 30 mai 1933.

3° Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1932.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 20 juin 1933.

OUVRAGES SUR LES
Maladies nerveuses et mentales

Maladies des nerfs Périphériques et du Grand Sympathique, par les Drs PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, VAILLARD, membre de l'Académie de médecine, LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1924, 1 vol. gr. in-8 de 857 pages avec 56 figures. Broché.... 75 fr. — Cartonné.... 89 fr.

PRÉCIS DE PSYCHIATRIE

PAR LE DOCTEUR

LÉVY-VALENSI

Médecin des Hôpitaux de Paris

1926, 1 vol. in-8 de 504 pages avec 108 figures..... 45 fr.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Par le Docteur Henri CLAUDE

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des hôpitaux

2e édition, 1932 Deux volumes in-8 se vendant séparément :

★ **Cerveau, Cervelet, Méninges, Pédoncules cérébraux, Tubercules quadrijumeaux, Protubérance, Bulbe.** 1 volume in-8 de 636 pages avec 93 fig. Br. 75 fr. Cart. 85 fr.

★★ **Moelle, Maladies systématisées, Scléroses, Méninges, Plexus, Muscles, Nerfs, Système endocrino-sympathique. Névroses et Psychonévroses.** 1 vol. in-8 de 942 p. 184 fig. Br. 95 fr. Cart. 105 fr.

Maladies des Méninges, par les Drs HUTINEL, KLIPPEL, H. CLAUDE, Roger VOISIN, LÉVY-VALENSI. 1912, 1 vol. gr. in-8 de 382 pages avec 49 figures. Broché....... 25 fr. Cartonné.................................... 39 fr.

Sémiologie nerveuse, par les Drs ACHARD, BAUDOIN, LÉRI, LAIGNEL-LAVASTINE, L. LÉVI. *Nouvelle édition.* 1925, 1 vol. gr. in-8 de 890 pages, avec 189 figures. Broché, 75 fr.; cartonné.......................... 89 fr.

Maladies de la Moelle épinière, par les Drs DEJERINE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et André THOMAS. 1909, 1 vol. gr. in-8 de 839 pages, avec 420 figures. Broché. 55 fr. Cartonné........... .. 69 fr.

Atlas-manuel des Maladies nerveuses, Diagnostic et Traitement, par le Dr SEIFFER. *Édition française;* par le Dr GASNE, médecin des hôpitaux de Paris. 1905, 1 vol. in-16 de 352 pages, avec 26 pl. color. et 264 fig., relié.. 60 fr.

Atlas-manuel du Système nerveux, par le prof. JAKOB. 2e *édition française*, par le Dr RÉMOND, professeur de clinique des Maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. 1900, 1 vol. in-16 de 364 p., avec 84 pl. col. et 23 fig., relié.. . 60 fr.

Traité de Thérapeutique des Maladies mentales et nerveuses, par P. GARNIER et P. COLOLIAN. 1901, 1 vol. in-8 de 496 pages.................................. 20 fr

Médications symptomatiques nerveuses, mentales, cutanées, respiratoires, génito-urinaires, par les Drs Maurice de FLEURY, Jean LÉPINE, JACQUET, Marcel FERRAND, MENETRIER, STEVENIN, SIREDEY, H. LEMAIRE, Paul CAMUS. 1914, 1 vol. in-8 de 488 pages.................. 25 fr.

Le problème des Hallucinations, par le Dr P. LELONG. 1928, 1 vol. gr. in-8 de 102 pages............ 12 fr.

Les Colites et leurs troubles nerveux, par SAVIGNAC, SARLES et DE FOSSEY. 1930, 1 vol. in-16 de 91 pages..... 8 fr.

Les Pionniers de la Psychiatrie française avant et après Pinel, par René SEMELAIGNE. 1931, 2 vol. gr. in-8 ens. 700 pages.. 100 fr.

La Pratique psychiatrique, à l'usage des étudiants et des praticiens, par les Drs LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, André BARBÉ, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre, et DELMAS, ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin des Asiles. 2e *éd.* 1929, 1 vol. in-8 de 891 p., avec fig. 60 fr.

PRÉCIS DE DIAGNOSTIC NEUROLOGIQUE

Par le Dr J. LÉVY-VALENSI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

2e *édition*, 1932. 1 vol. gr. in-8 de 646 pages avec 420 figures.................................. 120 fr.

LÉRI, KLIPPEL, SÉRIEUX, MIGNOT, N. PÉRON, — **Maladies du Cerveau.** 1928, 1 vol. gr. in-8 de 356 pages avec 65 figures. Broché, 50 fr. Cartonné.................... 64 fr.

Maladies du Cervelet et de l'Isthme de l'Encéphale. Pédoncule. Protubérance, Bulbe. par les Drs CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux de Paris. 1922. 1 vol. grand in-8 de 439 pages avec 104 figures. Broché, 45 fr. Cartonné.......... .. .. 59 fr.

Les Enfants nerveux. Diagnostic, Pronostic, Aptitudes, par André COLLIN. 1924, 1 vol. in-16 de 155 pages. 9 fr.

Diagnostic des Maladies de la Moelle, par le prof. J. GRASSET et le Dr RIMBAUD. 4e *édition.* 1916, 1 volume in-16 de 96 pages, avec fig......................... 4 fr. 50

Diagnostic des Maladies de l'Encéphale, par le prof. J. GRASSET et le Dr RIMBAUD, 3e *édition.* 1918, 1 vol. in-16 de 96 p., avec 12 fig. et 4 tabl..................... 4 fr. 50

Psychothérapie, par le Dr André THOMAS, chef de laboratoire de la Clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris. Introduction par le professeur DEJERINE. 1912, 1 vol. in-8 de 519 pages. 24 fr.

Atlas-manuel de Psychiatrie, par le prof. O. WEYGANDT. *Édition française*, par le Dr J. ROUBINOVITCH, médecin de la Salpêtrière. 1903, 1 vol. in-16 de 643 pages, avec 24 pl. color. et 264 fig., relié .... 60 fr.

Traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral, par R. VITTOZ. 4e *édition*, 1931, 1 vol. in-18 de 146 pages...................... 12 fr.

Les États neurasthéniques, Diagnostic et traitement, par André RICHE, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre. 1908, 1 vol. in-16 de 96 pages .... 4 fr. 50

Les Névroses post-traumatiques, par le Dr JOANNY ROUX. Préface du Pr TEISSIER. 1913, 1 vol. in-16... 4 fr. 50

La Paralysie générale traumatique, par le Pr E. RÉGIS et le Dr H. VERGER. 1913, 1 vol. in-16 de 96 p........ 4 fr. 50

L'Encéphalite Léthargique, par le Dr ACHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine. 1921. 1 vol. in-8 de 324 pages..... 26 fr.

Diagnostic et Traitement de la méningite cérébro-spinale, par le Dr DOPTER, professeur à l'École du Val-de-Grâce. 1918, 1 vol. in-16, avec figures.......... 4 fr. 50

Épidémiologie de la méningite cérébro-spinale, par le Dr DOPTER. 1918, 1 vol. in-8 de 100 pages........ 6 fr.

Les Accidentés de la guerre. Leur esprit, leurs réactions, leur traitement, par les Drs LAIGNEL-LAVASTINE et P. COURBON. 1919, 1 vol. in-16 de 96 pages. 4 fr. 50

Précis de Métapsychique. *Subconscient et métapsychique*, par P. Thomas BRET. 1927, 1 vol. gr. in-8 de 182 pages. 20 fr.
— **II. La Parapsychique.** 1930, 1 vol. gr. in-8 de 201 pages.............. .... 30 fr.
— **III. La parapsychique**, 1933, 1 volume gr. in-8 de 132 pages.................................. 20 fr.

Les Compressions médullaires, par les Drs BÉRIEL et A. MESTRALLET. 1929, 1 vol. grand in-8 de 193 pages avec 74 figures................................... 25 fr.

Éléments de Psychiatrie, par le Dr BÉRIEL. 1929, 1 vol. gr. in-8 de 240 pages avec figures.............. 30 fr.

Ajouter pour frais d'envoi 15 p. 100 pour la France, 20 p. 100 pour l'Étranger.

NOUVELLES *(Suite)*

N.-B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets n°s 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Examens de chirurgie dentaire. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre 1932. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 26 octobre 1932.

L'ouverture de la session est fixée au jeudi 3 novembre 1932.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, guichets n°s 2 et 3, les vendredi 7 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 8 octobre 1932 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 heures

SESSION DE JUIN-JUILLET 1933. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 24 mai 1933.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 6 et mardi 7 mars 1933, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 17 mai 1933.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 2 juin 1933.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 13 mars 1933 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 14 mars 1933 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 15 mars 1933 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 7 juin 1933.

Légion d'honneur. — *Officier.* — MM. André, Gayet, Carrive, médecins colonels de réserve ; MM. Faure, Demilly, Thévenot, Caussel, Lemierre, Brenta, Piollet, Zeller, médecins lieutenants-colonels de réserve ; Flach, Lemaistre, Brenta, Dide, Lacapère, Philippe, Gibert, Pujol, médecins commandants de réserve ; Azoulay, médecin commandant honoraire.

Chevalier. — MM. Dupinet, Pinu, Laplace, Lajoux, Renault, Lecaplain, Combe, Chazarain, Deverre, Pezet, Verhaghe, Roy, Haas, Vincent, Wintrebert, Martin, Hautefeuille, Jegourel, Botte, Beltrami, médecins commandants de réserve ; Vandermeersch, médecin commandant honoraire ; Brissart, Chapelle, Delmas, Vaissade, Riff, Delfosse, Desjardin, Kraut, Cornillon, Triau, Charrier, Mignard, Jouen, Lesage, Favier, Chambrette, Coste, Minon, Lafond, Leblanc, Esparbes, Hure, Gouffon, Durand, Job, Ouillon, Huriez, Bruhen, François, Reynaud, de Chabert Osland, Nebouk, Bourgoin, Marchal, Léothaud, Brossard, Railliet, Gravost, Ferrand, Maréchal, Constant, Solirène, Sigwalt, Vilbonnet, Vleeschouwer, Peyrache, Juif, Grezer, Castay, Canet, Simacourbe, Zellmeyer, Faujoux, Capdequi-Peyranere, Moreau, Loubet, Rollin, Delmas-Marsalet, Coulet, Boutet, Lascazas de Saint-Martin, Poisson, du Castel, Gerest, Pillet, Lagarrigue, Miginiac, Robert, Fort, Bettinger, Lathoud, Thomas de la Pintière, Dupont, Brehier, Baillon, Prudhomme, Lebhar, Tessier, Bidel, Bassal, Garin, Aujaleu, Pieri, Doin, Surjur, médecins capitaines de réserve ; Elicagaray, Lagleize, Galup, Marrel, Gorisse, Mourniac, Chavoix, Duguyot, Bourquel, médecins lieutenants de réserve ; Bouffier, Giraud, ex-médecins lieutenants rayés des cadres.

Aigle blanc de Yougo-Slavie. — *Grand Cordon.* — M. le professeur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Ordre Royal de Saint-Sava. — *Grand Cordon.* — M. René Legroux, de l'Institut Pasteur.

Grand officier. — M. Alexandre Salimbeni, de l'Institut Pasteur.

Officier. — M. Djemil Kemal, de l'Institut Pasteur.

Pour l'exercice de la médecine. — Le projet de loi sur la réglementation de l'exercice de la médecine en France, adopté récemment par le Sénat, vient d'être l'objet d'un rapport de M. Louis Bounefous, député, au nom de la Commission d'hygiène de la Chambre, rapport se concluant par la proposition d'adopter le projet de loi suivant adopté par le Sénat à l'exception de son article 7.

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

1° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

2° Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Toutefois, les pays étrangers, où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine, pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

Mais une parité devra être établie entre le nombre de médecins originaires des pays avec lesquels ces conventions ont été passées venant exercer en France et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays.

ART. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le doctorat d'Etat français, devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme, du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Les étrangers munis du diplôme d'université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions, sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même, des dispenses des examens pourront leur être accordées, sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques.

ART. 3. — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers

NOUVELLES *(Suite)*

postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine aucune dispense d'examens, de scolarité, en vue de leur instruction dans les Facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens, inscrits en vue du titre de docteur d'université, mention médecine, et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques, peuvent être autorisés, par décision ministérielle prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra dépasser dix pour l'ensemble des Facultés.

Les étudiants de nationalité étrangère ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat.

ART. 4. — Les diplômes de tous les docteurs en médecine, exerçant actuellement en France, devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

ART. 5. — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels, depuis cinq ans.

Ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires en 1931, auront servi dans l'armée française pendant la durée de la guerre.

ART. 6. — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France, le jour de la promulgation de la loi, et qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine, ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

ART. 7. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi.

Cours de vacances sur la tuberculose infantile. — Le Dr P.-F. Armand-Delille fera, du jeudi 1er septembre au samedi 17 septembre 1932, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du Dr Lestocquoy, assistant du service, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin à 10 h. 30, à l'hôpital Hérold (Place du Danube, Paris-XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Une visite aux foyers de placement et aux centres Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

Cours de clinique obstétricale (Professeur A. Couvelaire). — *Cours de vacances.* — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement avec stage, auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 29 août au 10 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 3 au 29 octobre.

Cours de septembre. — Ce cours sera dirigé par M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Ravina et Digonnet, accoucheurs des hôpitaux; de MM. Powilewicz, Seguy, Sureau, anciens chefs de clinique; Mme Anchel-Bach, chef de clinique; M. François, chef de clinique adjoint; M. Merger, ancien interne des hôpitaux; Mme Grand et M. Lepage, internes des hôpitaux.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 14 h. 30. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

Pour la création d'un musée de prothèse. — Sur la proposition de M. Lemarchaud, le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'Administration et à la 5e Commission de la délibération suivante :

« L'Administration est invitée à rechercher un emplacement pour y créer un musée permanent de prothèse et d'appareillage orthopédique à l'usage des mutilés de la guerre, du travail, de la route, et de l'aviation, ainsi qu'à l'usage des artisans, mécaniciens ou autres praticiens spécialisés dans la construction de ces organes artificiels. »

La lutte contre la mouche et les insectes piqueurs. — Le Conseil municipal de Paris, sur la demande de M. Georges Lemarchand, vient de prononcer le renvoi à l'Administration et à la 6e Commission, de la proposition suivante :

« MM. les Préfets de la Seine et de Police, chacun dans leur ressort, sont invités :

« 1o A rechercher et à prescrire les mesures nécessaires en vue de la destruction des mouches et des insectes piqueurs et suceurs : diptères, culex, cousins et

NOUVELLES *(Suite)*

autres moustiques des diverses familles et sous-familles de culicidæ.

« 2° A créer au musée d'hygiène et de l'assainissement une section spéciale de la mouche en général et, en particulier, des diptères et culicidæ, avec indication des procédés et produits propres à en poursuivre la destruction. »

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

17 AOUT. — Voyage médical au Canada et aux États-Unis (*Univers médical*).

22-27 AOUT. — *Copenhague*. Congrès international de psychologie.

29 AOUT. — *Rome*. Congrès international de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andréa Della Dame, Naples 21).

5 SEPTEMBRE. — *Le Mans*. Concours de l'Internat des hôpitaux.

6-9 SEPTEMBRE. — *La Haye*. Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 SEPTEMBRE. — *Pougues*. Date et lieu de concentration des participants au V. E. M.

9 SEPTEMBRE. — *Rouen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Tours*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Dijon.

11 SEPTEMBRE. — *Poitiers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers.

12 SEPTEMBRE. — *Amsterdam*. Congrès de médecine tropicale.

18 SEPTEMBRE. — *Nantes*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 SEPTEMBRE. — *Vichy*. Congrès de la lithiase biliaire.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef de travaux à l'École de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid*. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

SEPTEMBRE. — *Bucarest*. Congrès international d'histoire de la médecine.

30 SEPTEMBRE. — *Villes d'Académies*. Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

CHRONIQUE DES LIVRES

Un extractif des tumeurs dans la pratique médicale, par les Drs CUVIER et CARRÈRE (*Editions Delmas, Bordeaux*).

Le déséquilibre cellulaire qui crée le cancer, s'il reste secret dans ses causes, se révèle à nous dans ses conséquences biochimiques sur la composition du milieu sanguin. Saisissant les processus catalysateurs qui accompagnent l'introduction dans un organisme d'extraits de tissus, MM. Cuvier et Carrère préparent une macération tumorale qui leur permet de conserver l'ensemble des éléments diastasiques; leur procédé comporte que ces extraits soient inactivés. Ce n'est qu'à cet état qu'ils en comprennent l'emploi thérapeutique.

Après ablation, les tumeurs sont conservées dans un mélange d'alcool à 90° et d'eau distillée, puis ce complexe organique est soumis à l'action de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, de la liqueur de Gram ; les produits ainsi traités sont placés à l'abri de la lumière dans des flacons bien bouchés et laissés au repos pendant un long temps. Les auteurs imposent à ces préparations une vieillissement nécessaire.

Leurs produits sont employés simultanément en liquides et en extraits secs.

La forme thérapeutique est l'ingestion par voie buccale ou des applications locales. Le malade doit prendre des gouttes et des cachets.

Les premiers effets de cette médication sont un retour progressif des forces, la diminution des saignements, l'atténuation des douleurs.

Les résultats de MM. Cuvier et Carrère sont intéressants, puisque sur 173 malades traités qui peuvent être retenus comme permettant de juger la méthode, il y a eu 27 survies inespérées, 36 effets palliatifs importants, 73 effets palliatifs simples; dans les autres cas, les effets ont été nuls ou incertains. Mais il y a, en somme, 78 p. 100 de cas où il y a eu amélioration.

J'ai fait de cette méthode des essais trop peu importants; je l'ai appliquée quelquefois à de malheureuses récidives où rien ne pouvait agir, mais je l'ai vue assécher des écoulements et calmer des douleurs ; je l'ai conseillée aussi comme traitement d'entretien après des résultats opératoires ou radiumthérapiques satisfaisants.

L'action de cette méthode serait un processus de réaction humorale de défense.

Les patientes recherches de MM. Cuvier et Carrère méritent d'être encouragées par l'attention que peut leur prêter le corps médical.

Dans une affection si redoutable que le cancer, c'est beaucoup quand une médication donne des résultats palliatifs.

Comme le dit le professeur Bounhiol qui a préfacé l'ouvrage de MM. Cuvier et Carrère, « il est extrêmement probable que les résultats s'amélioreront considérablement au fur et à mesure que l'extrait s'adaptera plus étroitement à la tumeur qu'il voudra combattre et à l'individu particulier qu'il voudra guérir ».

L. DIEULAFÉ.

VARIÉTÉS

L'ÉVOLUTION DE NOTRE CALENDRIER

Par E. ACHELIS.

Avant d'étudier un projet quelconque d'amélioration du calendrier, étudions l'histoire de notre calendrier actuel, tel qu'il est venu jusqu'à nous à travers les âges.

Le calendrier est une méthode de mesure du temps qui permet à l'homme d'enregistrer les événements passés, les affaires actuelles, et d'établir ses calculs pour l'avenir. Au fur et à mesure que les connaissances de l'homme se développaient, amenant un perfectionnement des instruments qui permettait des mesures astronomiques plus exactes, nombre de calendriers furent employés, transformés et abandonnés. De nombreuses nations de l'antiquité mesuraient le temps d'après les changements de la lune, la lune avec ses phases régulières étant plus facile à étudier que les étoiles ou le soleil. Les calendriers lunaires, comportant trois cent soixante jours pour une année, étaient divisés en douze mois de trente jours chacun, et les jours et les nuits avaient vingt-quatre heures. Les Egyptiens découvrirent de bonne heure l'erreur de leurs calculs ; ils corrigèrent leur calendrier et lui donnèrent trois cent soixante-cinq jours, tout en maintenant la division en douze mois. Les cinq jours supplémentaires ajoutés à la fin de l'année appartenaient aux prêtres, et ils donnaient lieu à des fêtes religieuses.

Les Égyptiens découvrent les saisons de l'année. — Autant que l'on sache, les Égyptiens furent parmi les premiers à constater qu'il existait une relation entre la terre et le soleil. En mesurant l'ombre projetée par les pyramides, en particulier la pyramide de Ghizeh, ils acquirent la connaissance des saisons de l'année — quatre saisons de trois mois chacune — et s'en servirent pour le calcul du temps. En possession de cette connaissance, ils créèrent un calendrier solaire, système qui leur permit de semer et récolter avec un plein succès plusieurs fois par an. Comme l'Égypte était entourée de toutes parts par des nations hostiles, et qu'elle en était entièrement réduite à ses propres ressources, il était de la plus haute importance pour elle de pouvoir fournir à ses habitants les aliments nécessaires. La connaissance des quatre saisons avait donc une valeur inestimable, et elle était jalousement gardée par les prêtres et les astronomes. Les premières semailles avaient lieu vers l'équinoxe d'automne, en tenant compte de l'inondation annuelle du Nil, de sorte que la nouvelle année égyptienne commençait le 25 septembre.

Le calendrier Julien. — Lorsque le célèbre empereur romain, Jules César, conquit l'Égypte, il emprunta aux Égyptiens leur calendrier pour servir de base à sa réforme du calendrier, demeurée fameuse dans l'histoire. Il établit l'année de trois cent soixante-cinq jours et six heures, et introduisit l'année bissextile de trois cent soixante-six jours tous les quatre ans. L'année fut divisée en douze mois ; les mois pairs comptèrent chacun trente jours et les mois impairs trente et un. En outre, le mois fut divisé en calendes, nones et ides. Les calendes tombaient le 1er de chaque mois ; les nones et les ides tombaient le 7 et le 15 des mois de mars, mai, juillet et octobre. Les autres mois, les nones tombaient le 5 et les ides le 13. Les dates se comptaient en arrière. La semaine de sept jours ne commença à entrer en usage, dans le calendrier romain, que lorsque le christianisme se fut implanté dans tout l'empire, au IVe siècle. Le calendrier Julien avait un système ordonné, et il fut adopté par les Romains en 46 avant Jésus-Christ.

Il est dommage pour le monde que Jules César ait été assassiné en 44 avant J.-C., et que son système, si bien établi, soit passé entre les mains de son successeur, César-Auguste, un homme sans valeur. Avide d'égaler en importance son distingué prédécesseur et oncle, César-Auguste réussit, en l'an 8 avant J.-C., à persuader le Sénat de donner son nom à un des mois de l'année, et de faire ce mois aussi long que le mois de juillet, qui portait le nom de l'empereur défunt, le grand réformateur du calendrier. A cette fin, le 29 février fut supprimé (il avait trente jours dans l'année bissextile du calendrier Julien), et on l'ajouta au mois de « Sextilis », qui prit le nom de « Augustus » (août).

En outre, pour éviter trois mois de trente et un jours successifs, on enleva le trente et unième jour des mois impairs de septembre et novembre, et on l'ajouta aux mois pairs d'octobre et décembre. Cette irrégularité, qu'aucune raison ne justifiait, nous a été transmise à travers les siècles.

Une autre caractéristique du calendrier Julien dont nous avons hérité, c'est la date du commencement de l'année. Jules César se proposait de commencer son année le 25 décembre, avec le solstice d'hiver — ce que nous appelons actuellement le 22 décembre, — mais il trouva plus sage de transiger avec les traditionnalistes de son époque, qui accordaient une importance toute spéciale aux phases de la lune.

C'est une nécessité politique qui introduisit cette incongruité dans le calendrier civil, et le fit retarder de six jours sur l'année solaire. Le premier janvier fut fixé au commencement de l'année julienne parce que, à cette date, la nouvelle lune avait lieu, à l'époque où ce calendrier fut adopté, après le solstice d'hiver.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Introduction du calendrier grégorien. — Au cours des siècles, de sérieuses lacunes se découvrirent dans le calendrier Julien. L'année de trois cent soixante-cinq jours et six heures était plus longue que l'année solaire de onze minutes quatorze secondes, et par suite d'une fausse interprétation, par les ecclésiastiques, de l'année bissextile julienne, l'équinoxe de printemps se trouva rétrograder graduellement dans la saison d'hiver. A l'époque en question, il se trouvait avoir reculé du 25 mars au 11 mars. Tout le monde était d'avis qu'une rectification quelconque du calendrier était devenue nécessaire. Le pape Grégoire XIII, sur le conseil d'éminents astronomes, mathématiciens et hommes d'Église d'alors, décréta la réforme en 1582 après J.-C., c'est-à-dire plus de 1 600 ans après l'institution par Jules César du célèbre calendrier qui portait son nom.

Cette réforme, qui prit le nom de « Calendrier grégorien », fut datée du concile de Nicée, 325 après J.-C. Elle comportait les points essentiels suivants : Pâques demeura, comme par le passé, une fête chrétienne, mais on ne lui assigna pas une date fixe pour sa célébration annuelle ; l'année bissextile fut rectifiée et trois années séculaires sur quatre devinrent des années simples, ne demeurant années bissextiles séculaires que celles dont le millésime était divisible par 400 sans laisser de fraction, par exemple, 2000 après J.-C., etc. ; on adopta l'année de trois cent soixante-cinq jours, cinq heures, quarante-neuf minutes et douze secondes, et les saisons furent remises à la place qu'elles occupaient à l'époque du concile de Nicée, c'est-à-dire le printemps commençant le 21 mars, et non le 25 mars du calendrier égyptien ou du calendrier Julien. Pour pouvoir appliquer cette réforme, on supprima dix jours. Le commencement de l'année fut conservé au premier janvier.

Le calendrier grégorien fut adopté par tous les pays catholiques en 1582 après J.-C. ; l'Allemagne protestante l'adopta en 1700, et la Grande-Bretagne, y compris toutes ses colonies, dont les États-Unis d'Amérique, le reconnut officiellement en 1752. Une année bissextile séculaire (année 1700 du calendrier Julien), s'étant produite entre temps, la Grande-Bretagne dut supprimer onze jours de son calendrier, au lieu de dix jours comme les autres nations.

C'est ce calendrier grégorien, avec ses irrégularités irritantes, que nous nous efforçons de chercher à corriger, afin d'en faire un instrument chronométrique plus maniable et répondant mieux aux besoins mondiaux actuels.

Récents progrès du calendrier. — En 1835, un Italien, l'abbé Marc Mastrofini, proposa de commencer toujours l'année par un dimanche, et de ne pas donner au dernier jour de l'année un nom de semaine. En 1849, un Français, Auguste Comte, imagina le calendrier de treize mois et proposa deux jours vides, pour le dernier jour de l'année et l'année bissextile. En 1900, une conférence évangélique étudia les changements à apporter au calendrier ; en 1908, le Parlement anglais fut saisi d'une proposition de réforme du calendrier actuel ; en 1910, le Congrès des Chambres de commerce européennes se réunit à Londres pour proposer une conférence internationale à cet effet ; etc., etc.

Les tentatives plus récentes, en vue de réformer le calendrier, indiquent un progrès très net dans la bonne direction, et une conférence internationale se réunira dans ce but, dans un avenir rapproché.

La Société des Nations étudie le problème de la réforme du calendrier depuis plusieurs années déjà. De nombreux projets lui ont été soumis officieusement ; mais deux seulement ont retenu son intérêt. L'un est un calendrier de treize mois, le « Calendrier Fixe International » ; l'autre est un calendrier de douze mois, le « Calendrier Suisse », qui semble être en faveur en Europe, et sur lequel nous reviendrons un peu plus loin.

Sur la suggestion de la Société des Nations, en 1927, des Comités nationaux pour la réforme du calendrier ont été organisés dans différents pays. La Société des Nations a reçu également des résolutions demandant avec insistance la convocation d'une conférence générale pour étudier la question, de la part de nombreux groupes nationaux et internationaux, entre autres de la Chambre de commerce internationale, la Fédération mondiale des Associations pédagogiques, l'Association des banquiers américains, l'Association du Barreau américain, et l'Académie nationale des sciences.

La réforme est envisagée favorablement. — Le Comité national pour la simplification du calendrier aux États-Unis a soumis, en août 1929, un rapport à M. Henry L. Stimson, secrétaire d'État. Ce document, fruit d'une enquête qui s'était prolongée pendant douze mois, fut, après avoir reçu l'approbation de différents ministères, transmis par le département d'État à la Société des Nations.

Le comité reconnut que plus de 80 p. 100 d'importantes organisations nationales, d'États et municipales, aux États-Unis, et couvrant de vastes champs d'activité, étaient en faveur d'une réforme du calendrier ; il trouva, en outre, que l'on préconisait la participation des États-Unis à une

VARIÉTÉS *(Suite)*

conférence mondiale chargée d'étudier la question.

En 1929, la Chambre de commerce des États-Unis procéda à un referendum concernant le rapport de sa commission spéciale pour la réforme du calendrier, qui soumettait trois propositions : premièrement, « le calendrier actuel devra être transformé de façon à permettre des comparaisons plus faciles entre les activités commerciales enregistrées au cours de périodes durant l'année, ou d'une année à l'autre » ; deuxièmement : « la nature des changements à apporter au calendrier devra être déterminée par une conférence internationale » ; troisièmement, « le gouvernement des États-Unis devra participer à une conférence internationale chargée de déterminer la nature des changements à apporter au calendrier ».

La première proposition n'a pu réunir la majorité nécessaire à son adoption ; mais les deux autres propositions ont réuni les deux tiers des voix. Aucune décision officielle n'a été prise en ce qui concerne le choix d'un projet de calendrier.

Entre temps, en septembre 1929, la Société des Nations adopta une résolution visant à mettre la question de la réforme du calendrier au programme des travaux de la prochaine conférence générale des communications et transit, réunion à laquelle les États-Unis d'Amérique et tous les non-membres de la Société des Nations ont été invités.

La prochaine et quatrième conférence a été fixée pour l'automne de 1932, et l'on pense que des mesures précises y seront prises en vue de la réforme du calendrier dans un sens qui répondrait aux besoins du monde entier.

On espère, malgré le peu de temps dont on dispose pour examiner la question, que la réforme du calendrier sera accomplie d'ici 1933, et que le calendrier qui aura été choisi pourra entrer en vigueur dans le monde entier à partir du dimanche, 1er janvier, de ladite année. Au cas où cette date serait trop rapprochée pour l'adoption du nouveau calendrier, on fixerait probablement son entrée en vigueur au 1er janvier 1939, qui tombe également un dimanche.

Il est intéressant de noter également qu'en 1873, le calendrier grégorien actuel a été adopté par le Japon ; en 1912, par la République chinoise ; en 1917, par le parlement turc ; en 1918, par le Gouvernement des soviets de Russie, qui, plus récemment, l'a abandonné pour lui substituer son propre calendrier ; en 1919, par la Roumanie et la Serbie ; en 1923, par la Grèce et l'Église grecque.

Les deux projets de calendrier.

La forme exacte de chacun d'eux. — Le *calendrier fixe international* est un calendrier de treize mois. L'année est divisée en treize mois de vingt-huit jours chacun, ce qui donne une année de trois cent soixante-quatre jours. Un nouveau mois, le treizième, nommé « Sol », fournirait la possibilité de réarranger les vingt huit jours. Ce nouveau mois serait intercalé, en plein été, entre juin et juillet. Le trois cent soixante-cinquième jour de l'année serait nommé le Jour de l'an, et serait ajouté à la fin de décembre. Le trois cent soixante-sixième jour de l'année bissextile, qui arriverait tous les quatre ans, serait appelé le jour bissextil et serait intercalé entre juin et sol. Les transformations qu'entraîne ce projet sont nombreuses et radicales.

Le *calendrier mondial* que nous proposons à l'adoption générale est un calendrier de douze mois revisé. L'année serait partagée en semestres et en trimestres égaux, formant une année de trois cent soixante-quatre jours. Les trimestres consisteraient en trois mois chacun, le premier mois ayant trente et un jours et les deux autres trente jours chacun. Pour chaque trimestre, le *premier* mois commencerait le *premier* jour de la semaine, le dimanche ; le deuxième mois, ou mois du *milieu*, commencerait au *milieu* de la semaine, c'est à dire le mercredi ; le troisième, ou *dernier* mois, commencerait le *dernier* jour entièrement ouvrable de la semaine, soit vendredi. Chaque mois aurait vingt-six jours de semaine. Le trois cent soixante-cinquième jour de l'année serait appelé le Jour de l'an, et serait intercalé entre décembre et janvier ; le trois cent soixante-sixième jour de l'année bissextile, qui porterait le nom de jour bissextil, serait intercalé, tous les quatre ans, entre juin et juillet. Nous sommes d'avis que la transition de l'ancien calendrier au nouveau, s'il est adopté, se ferait plus facilement, plus agréablement et avec moins de confusion.

Ces deux calendriers sont perpétuels et chaque trimestre comporte treize semaines et quatre-vingt-onze jours, dont soixante-dix-huit sont des jours de semaine et treize des dimanches. Le calendrier mondial a cet avantage, que chaque trimestre compte trois mois pleins, tandis que dans le calendrier fixe international, chaque trimestre comporte trois mois, plus une fraction du quatrième mois.

Notez attentivement ces deux calendriers, exposés ci-après.

Calendrier fixe international.

JANVIER							FÉVRIER						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28

VARIÉTÉS *(Suite)*

MARS

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

AVRIL

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MAI

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

JUIN

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

ANNÉE BISSEXTILE
29 Juin

SOL

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

JUILLET

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

AOUT

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

SEPTEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

OCTOBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

NOVEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

DÉCEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

JOUR DE L'AN
29 Décembre

Les dates soulignées indiquent le commencement de chaque nouveau trimestre (3 1/4 *mois*).

Le Calendrier mondial.

JANVIER

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	..	..	..	..

FÉVRIER

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	..	..

MARS

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	..	..	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

AVRIL

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	..	..	..	..

MAI

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	..	..

JUIN

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	..	..	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ANNÉE BISSEXTILE*
Le deuxième samedi, 30 Juin.

JUILLET

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	..	..	..	..

AOUT

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	..	..

SEPTEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	..	..	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	..	..	..	..

NOVEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	..	..

DÉCEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
..	..	..	..	..	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

JOUR DE L'AN
Le deuxième samedi, 30 Décembre.



METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS

REVUE DES REVUES

L'insomnie pré-dormitionnelle et son traitement (Dr P. LONJON, **Concours médical**, Paris, n° 45, 3 novembre 1931).

L'insomnie pré-dormitionnelle est la plus intéressante pour le médecin praticien parce que, étant la plus fréquente, c'est contre elle qu'il sera appelé à lutter presque journellement. Elle se rencontre de préférence chez des sujets anxieux ou des surmenés présentant un certain degré d'excitation psychique. Il conviendra d'abord de s'assurer du véritable degré de l'insomnie accusée par ces malades que leur état préoccupe et qui ont une tendance à l'exagération. Ils ont essayé spontanément et sans succès divers hypnotiques, et leur trouble s'accroît de l'angoisse qu'ils éprouvent. Chez ces insomniaques, il est indiqué de faire usage de substances agissant sur le dispositif régulateur, alors qu'on réservera une médication exerçant son action sur le cortex, à ceux dont l'irritation corticale se traduit par la multitude des rêves et des images non refoulées.

Parmi les nombreuses substances hypnotiques dont on dispose, les unes, comme le bromure, le sédobrol, ont une influence sur l'écorce ; au contraire, tous les barbituriques comme le somnifène, l'allonal, agissent sur la région mésencéphalique ; enfin les narcotiques, comme le pantopon, ont une action double, corticale et mésencéphalique. C'est parmi les dérivés de l'urée que l'auteur a trouvé l'hypnotique de choix ; c'est un uréide, non barbiturique, l'allylisopropylacétylcarbamide, spécialisé sous le nom de sédormid, qui, pris à la dose d'un à trois comprimés le soir au coucher, calme l'anxiété, apaise l'angoisse et amène, rapidement et sans aucun inconvénient, le retour au sommeil normal.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

(Suite)

M. Nast fait également observer très justement « qu'on ne pourrait recourir à la théorie de la responsabilité contractuelle que si les tribunaux se référaient, pour apprécier la faute du médecin, à l'intention des parties. Or, les juges n'ont pas à rechercher qu'elle était l'intention des parties, ils n'interprètent pas le contrat intervenu ; ils examinent seulement si le médecin a exécuté les obligations résultant de sa mission médicale. On ne saurait, conclut M. Nast, sans forcer les mots, parler de responsabilité contractuelle quand on est en présence de la violation d'une obligation qui

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

est demeurée en dehors de la volonté des parties et qui n'est imposée que par la loi, la coutume ou la jurisprudence. On ne peut y arriver qu'en recourant à une fiction, en prêtant aux parties une volonté qu'elles n'ont jamais eue. »

Un second motif empêcherait également de reconnaître à la responsabilité médicale un caractère de responsabilité contractuelle : c'est que la fiction qui consisterait à mettre à la charge du médecin une obligation contractuelle n'aurait aucune utilité pour le malade blessé au cours d'un traitement. Quand les tribunaux ont, dans d'autres cas, admis la fiction d'une responsabilité contractuelle, c'était uniquement pour justifier un renversement de la charge de la preuve et pour dispenser la victime d'un accident d'avoir à prouver une faute de la part de l'auteur de l'accident. C'est ce qui a été jugé pour la responsabilité des hôteliers qui se trouvent responsables des vols commis au préjudice des voyageurs, sans que le voyageur ait à prouver une faute de la part de l'hôtelier.

C'est ce qui a été jugé en matière d'accident automobile, les tribunaux admettant une fiction d'obligation de sécurité pour décharger le demandeur du point de la preuve.

En matière médicale, au contraire, le malade qui se plaint d'avoir subi un préjudice du fait du médecin ne peut fonder sa demande sur la fiction du contrat intervenu. Nous avons vu qu'on ne peut donner à la convention tacite qu'un sens, le médecin ne s'engageant pas à assurer la guérison du malade, mais uniquement à utiliser sa compétence pour trouver des moyens propres à soulager le malade et à le guérir. Il en résulte que le demandeur ne peut pas poursuivre le médecin parce qu'il n'aurait pas tenu son engagement de guérir, mais il ne peut le poursuivre que s'il établit que les soins qu'on s'était engagé à lui donner n'ont pas été assurés conformément aux règles normales qui fixent l'exercice de la profession médicale.

Ainsi, contrairement à ce qui se passe pour les victimes d'accident, ou pour les personnes volées dans les hôtels, le malade ne doit pas se contenter de prouver le préjudice qu'il a subi, il faut encore qu'il établisse que le médecin n'a pas suivi les règles de l'art, qu'il a commis des fautes qui constituent les éléments d'une responsabilité.

Enfin, alors même qu'on admettrait — ce qui paraît impossible — que la responsabilité du médecin puisse être fondée sur une violation des obligations contractuelles, il n'en résulterait pas

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

obligatoirement que l'action du malade contre le médecin puisse échapper à la prescription de trois ans prévue par le Code d'instruction criminelle pour la prescription des délits de blessures par imprudence.

Toute la jurisprudence décide en effet que les tribunaux ne peuvent dénier le caractère pénal d'une faute que si la faute civile sur laquelle est fondée la demande peut être considérée en soi comme complètement indépendante et distincte de la faute pénale. Il faut, dans ce cas, que la faute pénale disparaisse complètement du débat et que l'action civile puisse être fondée sans que rien apparaisse de la responsabilité pénale du défendeur.

C'est notamment ce qui a été jugé en matière de diffamation : il n'est possible aux tribunaux de condamner l'auteur d'un dommage causé par la voie de la presse plus de six mois après la publication, que si l'action du demandeur peut être fondée sur un fait qui ne se rapproche ni d'une diffamation ni d'une injure.

Au contraire, si dans l'action civile la faute pénale réapparaît, l'action civile se trouve immédiatement prescrite parce qu'il est impossible, quand l'action publique est éteinte, de réveiller la faute pénale qui ne peut plus être ni poursuivie ni punie. En un mot, une fois la responsabilité pénale prescrite, il est impossible de faire revivre la faute pénale, même par une action civile intentée devant des tribunaux civils.

En réponse à cet argument, on pourrait dire que la jurisprudence n'applique jamais la prescription pénale aux actions civiles qui ont leur fondement dans une convention. Notamment, la Cour de cassation décide que quand un voyageur a été blessé au cours d'un transport, à titre onéreux, il n'y a pas à se préoccuper des fautes du conducteur, mais seulement des obligations nées du contrat de transport ; de telle sorte que l'action civile du voyageur transporté à titre onéreux ne se prescrit que par trente ans. Mais, dans cette espèce jugée par la Cour de cassation, le demandeur laissait entièrement de côté la responsabilité pénale du chauffeur, il ne le poursuivait pas parce qu'il avait commis une faute dans la conduite de la voiture, il ne lui réclamait des dommages-intérêts qu'en raison de sa qualité de transporteur qui l'avait mis dans l'obligation de transporter le voyageur d'un point à un autre dans des conditions déterminées au contrat et de l'amener à tel endroit avec des garanties de sécurité.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1932.

A propos de la syphilis infundibulaire. — M. LÉOPOLD-LÉVI revendique les droits de l'hypophyse en pathologie, et signale le mémoire de Galuppi sur les troubles hypophysaires par hémorragie traumatique de la pituitaire. Il rappelle un cas personnel de syndrome adiposo-génital hypophysaire aigu, avec selle turcique considérable, à la suite d'une chute d'avion.

A propos de la fausse maigreur. — M. LÉOPOLD-LÉVI demande qu'on ne confonde pas la *fausse maigreur*, syndrome se rapprochant de l'état normal, avec la maladie de Barraquer, qui n'en est qu'une caricature exceptionnelle. Il continue à interpréter l'obésité et la fausse maigreur comme un trouble hypophysaire, la graisse étant chez la femme un caractère indifférencié plutôt que sexuel.

Création de laboratoires. — M. MOLINÉRY met aux voix un vœu pour la création de laboratoires de physicochimie, de biologie appliquée à la clinique auprès des stations thermales et climatiques françaises. Le vœu est adopté.

Névralgies rachidiennes rebelles. — MM. L. et M. FILDERMANN présentent une malade du service du professeur Laignel-Lavastine, guérie de névralgies rachidiennes rebelles par leur méthode des injections d'huile iodée dans les trous de conjugaison.

Hypertension moyenne solitaire. — M. SEDILLOT présente un malade atteint d'hypertension moyenne solitaire chez lequel un souffle d'insuffisance aortique vient de s'installer. M. Sedillot soutient que l'hypertension moyenne solitaire est une affaire « vasculaire » et qu'elle est le *syndrome clinique de la perte de l'élasticité des artères grosses et moyennes.*

A propos du néo-interventionnisme en tuberculose osseuse. — M. RAPHAEL MASSART distingue les tuberculoses chez l'enfant et chez l'adulte et rappelle que chez l'adulte, l'école d'Ollier a toujours été partisan des interventions. A la formule de Berck, il préfère celle des Lyonnais qui distinguent : les tuberculeux qu'il faut opérer, les tuberculeux qu'il est permis d'opérer, les tuberculeux auxquels il ne faut pas toucher. Et il conclut qu'avec une technique rigoureuse, on obtient des guérisons chirurgicales des tuberculoses.

M. F. MASMONTEIL est du même avis que M. Massart, et conseille les interventions précoces.

M. ANDRÉ TRÈVES insiste sur la distinction entre la tuberculose de l'enfant qui guérit par l'immobilisation et l'héliothérapie, et celle de l'adulet justiciable plus fréquemment de la chirurgie. L'ouverture de foyers tuberculeux reste dangereuse pour la fonction et pour la vie du malade.

Sur la nécessité d'un contrôle radiotélégraphique périodique des examens à l'écran des cardiaques. — M. J. SURMONT montre que les orthodiagrammes classiques doivent être complétés par des téléradiographies prises dans des conditions bien déterminées qui permettent l'étude des différents diamètres cardiaques et des mesures comparatives valables d'un examen à l'autre.

Nouvelle technique de greffe testiculaire. — M. DARTIGUES présente un nouveau procédé de greffe testiculaire de l'animal à l'homme par la voie inguinale. L'avantage du nouveau procédé consistant à amener le testicule à la voie inguinale par refoulement, est de ne pas ouvrir les bourses, de ne laisser aucune cicatrice visible sur le scrotum, et de ne pas occasionner d'œdème et de dispenser de tout pansement, autour des bourses. Les manœuvres sont faciles, plus sûres, et l'opération plus rapide.

Diagnostic clinique et traitement médical du dolichocôlon. — MM. CHIRAY et J. BAUMANN ne considèrent pas l'allongement du côlon comme pathologique par lui-même. Il le devient lorsque l'angle gauche est le siège de colites segmentaires ou généralisées. Il se produit à ce niveau des spasmes, des réactions inflammatoires, des compressions mécaniques qui déterminent des phénomènes d'occlusion larvée, de l'aérocolie bloquée avec troubles réflexes, une augmentation de la stase cæcale avec troubles toxiques. Ce sont ces signes qui doivent faire penser au dolichocolon dont l'examen radiologique, par lavement baryté, peut seul préciser l'existence.

Le traitement médical, remarquablement efficace, est basé sur la suppression des farineux, les entéroclyses, une médication laxative oléo-mucilagineuse et se complète utilement par la cure tonique de Châtel-Guyon.

M. MAZERAN insiste sur l'exagération du diagnostic de dolichocôlon non justifiée par la radiographie. Avant d'affirmer, il faut s'entourer de toutes précisions. Le dolichocôlon congénital doit être séparé du dolichocôlon acquis. Le premier, lié aux troubles de la fonction, le second résultant de modification lente de la tension abdominale, en rapport avec une pariétale digestive déficiente.

La sonorité pré-hépatique chronique. Sa fréquence. — M. L. PRON, sur deux séries de dyspeptiques banaux, avec participation du foie et du côlon, a trouvé soixante-cinq fois de la sonorité pré-hépatique, et huit fois un foie totalement sonore. C'est donc là une anomalie très fréquente que l'auteur explique, dans la plupart des cas, par un amas de gaz dans l'angle sous-hépatique qui, distendu à des degrés variables, forme poche de résonance, masquant plus ou moins la matité du foie.

P. PROST.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 24 mai 1932 (matin).

Etude clinique et thérapeutique des suppurations intrapulmonaires chez l'enfant. — M. J. HUTINEL rapporte plusieurs observations d'abcès du poumon et en projette les radiographies successives qui permettent de suivre leur évolution du début jusqu'à la fin. La symptomatologie clinique varie d'un cas à l'autre mais ne diffère guère de celle de l'adulte : il faut seulement noter la fréquence au point de vue étiologique des corps étrangers intrabronchiques et au point de vue anatomo-clinique des abcès aigus monomicrobiens.

La guérison spontanée après vomique est fréquente ; cependant, si l'évolution est traînante, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement au bout de six semaines à deux mois, comme le veut la loi admise par Sergent et Kourilsky pour les abcès du poumon de l'adulte. L'émétine, les vaccins, l'huile goménolée, etc., sont de petits moyens thérapeutiques qui doivent faire place, si l'évolution se

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

prolonge, à la bronchoscopie et au traitement chirurgical.

M. NOBÉCOURT rapporte l'observation d'un garçon de cinq ans et demi qui a présenté, à la suite d'une pneumopathie aiguë à symptomatologie de congestion pleuro-pulmonaire, un abcès à pneumocoques du poumon droit ayant évolué en trois semaines vers la guérison. Les radiographies permettent de suivre l'évolution complète de l'abcès depuis son début jusqu'à sa disparition totale.

En ce qui concerne les abcès à pneumocoques du poumon, l'évolution spontanée vers la guérison est la règle et il faut savoir attendre bien au delà des délais fixés par Sergent et Kourilsky.

La connaissance de l'abcès du poumon et de sa fréquence actuelle chez l'enfant ne doit pas faire abandonner la notion de l'existence de pleurésies enkystées, interlobaires ou autres, dont il convient de savoir faire le diagnostic différentiel.

M. LEMÉE relate avec détails les nombreuses recherches faites tant par les auteurs américains que par lui-même afin d'établir la pathogénie des abcès du poumon qui s'observent parfois après certaines interventions oto-rhino-laryngologiques chez l'enfant, notamment la tonsillectomie et la trépanation mastoïdienne.

Il oppose d'autre part les statistiques françaises, qui ne relatent que très peu d'abcès du poumon observés dans ces conditions, aux statistiques anglaises et surtout aux statistiques américaines qui en mentionnent un grand nombre. Peut-être l'abcès du poumon est-il plus fréquent en France qu'on ne l'admet habituellement : une liaison plus étroite entre les pédiatres et les spécialistes serait à coup sûr très utile pour l'étude de cette question.

M. ANDRÉ BLOCH insiste longuement sur l'importance de la bronchoscopie pour le diagnostic et surtout pour le traitement des suppurations pulmonaires. La technique est actuellement suffisamment bien établie pour que cette intervention se fasse avec un minimum d'inconvénients. La bronchoscopie ne permet évidemment pas d'atteindre un foyer pulmonaire, mais elle peut par l'aspiration entraîner la désobstruction et la décongestion de l'hémi-système bronchique. Elle constitue un véritable traitement d'attaque de l'abcès, doit être faite dès le début et renouvelée à plusieurs reprises; elle est utile dans la préparation pré-opératoire, lorsque l'abcès passe à la chronicité.

M. ARMAND-DELILLE a observé avec M. SOULAS un abcès à pneumocoques du poumon chez un enfant de onze ans à qui on venait d'enlever les amygdales. Cet abcès fut traité par la bronchoscopie avec aspiration et drainage; malheureusement une pleurésie purulente secondaire survint et l'enfant mourut deux mois après le début de la maladie.

M. ISELIN expose le point de vue chirurgical sur les suppurations pulmonaires de l'enfant. Les indications opératoires sont les mêmes que chez l'adulte: attendre six semaines à deux mois en traitant l'abcès par différentes médications et le drainage postural et bronchoscopique.

Si la guérison ne suit pas ce traitement, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, il faut intervenir par pneumotomie en deux temps à plèvre fermée.

La caractéristique des abcès du poumon chez l'enfant est la fréquence des pleurésies purulentes associées venant la plupart du temps en masquer l'existence, plus rarement les compliquer.

En général, l'abcès est méconnu et on fait une pleurotomie ; suivant l'ancienneté d'évolution de la pleurésie, suivant la solidité des adhérences entre plèvre et poumon, deux éventualités peuvent se présenter :

a. Ou le poumon est bien attaché à la paroi, le pneumothorax déterminé est petit, l'abcès reste tout près de la paroi et la pleurésie guérit simplement, à moins que l'abcès persistant n'entraîne une fistule pleurale.

b. Ou bien le poumon n'est pas adhérent et le grand pneumothorax réalisé repousse l'abcès dans la profondeur; celui-ci devient inaccessible, sauf par voie transpleurale, voie qui a été justement abandonnée à cause de sa mortalité prohibitive (100 p. 100 de morts dans six cas observés).

La méconnaissance d'un abcès du poumon dissimulé sous une pleurésie purulente aggrave considérablement le pronostic, mais elle ne change pas les indications opératoires ni la technique, car on ne peut intervenir sur l'abcès; il faut d'abord drainer la plèvre. A la suite de la pleurotomie simple, l'abcès guérit d'ailleurs souvent spontanément.

Toute la question est dans le choix du moment de la pleurotomie; si elle est précoce, le pneumothorax est considérable et l'abcès refoulé dans la profondeur; si au contraire elle est faite au bon moment suivant les règles indiquées en 1924 par MM. Ribadeau-Dumas et Rocher, le poumon n'est repoussé que de façon minime, et alors, si la guérison ne survient pas spontanément, la pneumotomie ultérieure ne présente aucune difficulté.

MM. LESNÉ, R. CLÉMENT, et M[lle] ROUGET rapportent l'observation d'une fillette de quatre ans ayant présenté à la suite d'une bronchopneumonie morbilleuse un abcès pulmonaire du lobe supérieur droit. Une aspiration par bronchoscopie permit de retirer 25 centimètres cubes de pus fétide et produisit une modification nette de l'image radiologique, mais elle fut suivie d'incidents graves (œdème et ulcérations du larynx) et on ne put songer à la renouveler. La bronchoscopie est à rejeter chez l'enfant.

Les traitements médicaux n'empêchèrent pas le développement d'une cachexie profonde; seul un pneumothorax spontané survenu au bout d'un mois et entretenu pendant quatre mois entraîna la disparition de l'abcès et le rétablissement d'un bon état général.

MM. ROHMER et VALLETTE rapportent 4 cas de suppurations pulmonaires observés chez des nourrissons de douze à quinze mois.

M. COMBY s'étonne de la fréquence actuelle des abcès du poumon chez l'enfant, alors qu'autrefois on voyait surtout des pleurésies purulentes, enkystées ou non; peut-être la pathologie pulmonaire s'est-elle modifiée dans ces dernières années.

M. LEREBOULLET insiste sur la fréquence de la pleurésie séro-fibrineuse accompagnant les abcès du poumon, puisqu'il en a noté l'existence dans 3 cas ; il conseille d'attendre bien au delà des six semaines fixées par Sergent pour intervenir chirurgicalement : il ne faut jamais se hâter en matière d'abcès pulmonaire. Les injections d'un vaccin-choc tel que le propidon à petites doses donnent des résultats indéniables et intéressants; il faut les associer à l'auto-vaccin et à l'émétine.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. DUHEM montre des radiographies de pleurésies de la grande cavité chez l'enfant avec des sinus costo-diaphragmatiques clairs : ceci ne suffit pas pour éliminer le diagnostic de pleurésie et pour faire porter celui d'abcès du poumon.

M. MOURIQUAND insiste sur la nécessité de toujours radiographier les enfants en position assise ou debout et non en position couchée.

ANDRÉ BOHN.

Séance du 24 mai 1932 (soir).

A propos de l'acrodynie infantile. — MM. BLECHMANN et MONTLAUR ont pratiqué chez deux enfants atteints d'acrodynie des intradermo-réactions avec du vaccin antistreptococcique et du vaccin antistaphylococcique : chez l'un, la réaction fut fortement positive avec le premier vaccin ; chez l'autre, elle le fut avec le second.

Ces faits semblent apporter un argument de plus en faveur de la théorie infectieuse de l'acrodynie.

Myopathie et maladie de Friedreich associées chez une malade porteuse d'une luxation congénitale de la hanche. — MM. BABONNEIX et RŒDERER.

Hémiplégie infantile avec image radiographique d'ostéite cranienne. — M. BABONNEIX.

Malformation cardiaque congénitale avec signes de probabilité d'hérédosyphilis. — M. BABONNEIX et Mlle RIOM.

Agénésie pilaire et malformations congénitales, relations possibles avec la progeria. — MM. HALLÉ et ODINET présentent une fillette de douze ans atteinte d'un curieux syndrome constitué par une alopécie presque complète, une agénésie des cils et des sourcils, de grandes plaques rouges du visage et des anomalies veineuses. Tous ces symptômes sont apparus entre la naissance et deux ans et ont persisté depuis lors sans aucun changement. Ils sont vraisemblablement liés à une perturbation endocrino-sympathique à laquelle on ne peut attribuer aucune étiologie précise.

Les auteurs discutent les rapports entre ce syndrome exceptionnel, quelques observations d'agénésie pilaire retrouvées dans la littérature et la progeria. Bien qu'il manque trois des symptômes essentiels de cette dernière, — nanisme, rides, malformations osseuses, — l'existence de l'alopécie, des plaques rouges du visage et des anomalies veineuses fait penser qu'il s'agit peut être d'une forme fruste de cette maladie.

Rétrécissement pulmonaire sans cyanose avec malformation vertébrale. — MM. APERT, GARNIER et VILDÉ présentent une fillette de douze ans bien développée chez laquelle l'auscultation décèle au foyer de l'orifice pulmonaire un souffle systolique ; il n'y a jamais eu de cyanose. La radiographie montre une saillie marquée de l'arc moyen du bord gauche du cœur et révèle en outre une lésion des vertèbres dorsales : les deuxième, troisième et quatrième dorsales sont fusionnées et en même temps atrophiées dans leur moitié droite, d'où scoliose.

Ce cas rappelle les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire avec malformations thoraciques et sans cyanose dont le premier cas a été décrit par M. Apert en 1899 et dont d'autres cas ont été publiés par Huchard et d'autres auteurs. Il en diffère en ce que, dans les derniers cas, il s'agissait de malformations costales tandis que, dans le cas actuel il s'agit d'une malformation vertébrale.

Les divers modes de réaction des rachitiques vis-à-vis de l'uviothérapie. — M. MOURIQUAND distingue au point de vue clinique deux variétés de rachitiques : les rachitiques florides et les rachitiques hypotrophiques.

Les rachitiques florides ont une tendance naturelle à guérir spontanément en quelques mois ; les rayons ultra-violets et l'ergostérine irradiée accélèrent la guérison : il s'agit de rachitiques « *uviosensibles* ».

Parmi les rachitiques hypotrophiques, il en est qui n'ont pas tendance à guérir rapidement et qui mettent plusieurs mois à s'améliorer ; l'uviothérapie donne de bons résultats dans ces cas qui peuvent être appelés *relativemnet uviosensibles.* »

Mais il est d'autres rachitiques hypotrophiques qui mettent des années à guérir, même avec des séances répétées de rayons ultraviolets : ce sont des rachitiques « *uviorésistants.* » On note dans ces cas une tendance à la décalcification étendue des diaphyses osseuses avec parfois présence de réactions périostiques d'origine peut-être syphilitique. L'uviothérapie est inefficace, les traitements antisyphilitiques n'améliorent guère les résultats.

Grâce à des recherches expérimentales, Mouriquand montre qu'il est important de tenir compte du rapport Ca/P dans l'étude du rachistisme.

M. MARFAN insiste sur ce fait que la décalcification n'est qu'un aspect particulier du rachitisme. Celui-ci se présente sous des formes très diverses suivant la cause et suivant l'âge, même au point de vue histologique. La différenciation du rachitisme floride et du rachitisme hypotrophique est exacte, mais il est une forme particulière de rachitisme floride dont il faut connaître l'existence : c'est celle qui évolue sur un terrain spécial dénommé cachexie grasse ou état thymo-lymphatique.

Les recherches expérimentales de Mouriquand sont très intéressantes en ce qu'elles montrent que la question des doses, en particulier pour le calcium, est à considérer.

M. LESNÉ admet que le rachitisme guérit lorsque la croissance reprend ; il faut donc stimuler celle-ci par tous les moyens possibles, en particulier par l'association de plusieurs vitamines.

Six cas de colipyurie infantile traités par le sérum anticolibacillaire de Vincent. — M. FERRU (de Poitiers) s'élève contre l'opinion de ceux qui n'emploient le sérum de Vincent que lorsque les traitements usuels sont restés sans effet. Il considère au contraire que la sérothérapie anticolibacillaire obéit aux règles actuelles de toute sérothérapie, c'est-à-dire qu'elle doit être précoce et intensive.

M. LEREBOULLET est du même avis que M. Ferru : le sérum anticolibacillaire n'est guère efficace dans les cas chroniques.

Ectopie thoracique droite de l'estomac chez un enfant de vingt-deux mois. — MM. GIRAUD et ASTIER (de Marseille).

ANDRÉ BOHN.

REVUE DES CONGRÈS

SEMAINE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

(27 *juin au* 3 *juillet* 1932).

Organisée par la « Ligue française contre le cancer », sous le patronage de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.

Inauguration de la « Semaine du Cancer ».

Par M. **Georges-Risler**, membre de l'Institut, président du Musée social et de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale.

Jusqu'à ces dernières années, le cancer était considéré, et malheureusement à juste titre, comme une maladie qui ne pouvait être évitée et dont l'issue était fatale.

Disons bien haut qu'il n'en est plus ainsi et que, sans chercher à diminuer la gravité de cette terrible affection, on a le droit de dire que des progrès considérables ont été accomplis depuis le début du siècle.

Peut-être même oserons-nous dire qu'en dehors des maladies justiciables des magnifiques découvertes de Pasteur, le terrain gagné contre le cancer est plus considérable que celui qui a pu être arraché aux autres maladies.

N'est-il pas certain, en effet, que la diminution de la mortalité par tuberculose est due beaucoup plus à l'action sociale exercée en vue d'empêcher l'éclosion de cette horrible maladie qu'aux remèdes employés pour lutter contre elle et qui n'ont qu'une faible part dans le recul de la mortalité dont elle est responsable ?

***

Nous ne pensons pas qu'on ait encore découvert ce qui, dans les conditions actuelles de vie des êtres humains, est responsable des méfaits du cancer.

On a cru, un moment, à l'existence de « maisons du cancer », mais on a bientôt été obligé de renoncer à cette hypothèse.

Quelques-uns ont essayé de prouver la contagiosité. Aucune preuve quelque peu décisive n'a été indiquée. Tout au plus, croit-on pouvoir dire que certaines professions fournissent un nombre de cancéreux un peu plus considérable que les autres.

Donc, aucune certitude sur ces divers points.

Cependant, cette maladie si pénible ne peut être jusqu'ici combattue par aucun remède spécifique. Or, elle est au nombre de celles qui nous coûtent chaque année un nombre bien considérable de vies humaines.

Sans doute, elle vient après la mortalité infantile, après la mortatlié par tuberculose, après la mortalité par la syphilis égale à la précédente, et après les maladies aiguës de l'appareil respiratoire. Mais elle figure encore au cinquième rang, avec un coefficient d'environ 1,2 p. 1 000. Et jusqu'au commencement du dernier siècle, ce chiffre n'avait pas varié alors que les autres s'étaient sensiblement abaissés.

Il n'est pas sûr que la maladie soit en augmentation, mais il est certain que le nombre des cas signalés, reconnus et soignés, s'est largement accru au cours de ces dernières années. De cela on ne peut que se féliciter, car ce n'est point en dissimulant le mal ou en l'ignorant qu'on le guérit.

***

Le grand honneur des associations qui, courageusement, ont entrepris la lutte contre le cancer est justement de le dépister dans un grand nombre de cas où jadis il restait ignoré ou négligé.

Leur effort porte maintenant sur le dépistage précoce du cancer, et de sérieux progrès ont été accomplis à cet égard.

D'autre part, les admirables travaux accomplis au cours de ces dernières années par les grands savants, comme le professeur Regaud, ont permis d'assurser la guérison d'un grand nombre de ces cancers diagnostiqués dès le début.

Il s'agit donc avant tout de prendre garde aux petits boutons si souvent négligés qui se produisent avec épaississement de l'épiderme et de les signaler aux médecins. Alors, à ce stade de la maladie, le signe extérieur qui la dénonce peut être détruit par le radium ou par l'amputation et le cancer est définitivement guéri.

Si ces précautions ne sont pas prises, les cellules cancéreuses pénétreront dans les vaisseaux lymphatiques et donneront naissance à des tumeurs secondaires ; c'est la généralisation.

***

L'hérédité peut-elle être admise ? Aucune certitude ne peut être donnée à cet égard, mais elle mérite d'être attentivement considérée. Peut-être l'hérédité cause-t-elle une certaine prédisposition ou susceptibilité ?

Les travaux des professeurs Gougerot et Queyrat ont eu, comme conclusion, que dans 47 p. 100 des cas, le cancer se développait sur les tissus atrophiés par la syphilis. Il y a là une constatation d'un extrême intérêt et quelque peu consolante, puisque le remède spécifique contre la syphilis est connu, que trois procédés de guérison peuvent être mis en œuvre avec la certitude du succès lorsque le mal n'est pas encore invétéré.

S'il en est ainsi, faisons donc les sacrifices relativement très faibles que nécessite la lutte contre la syphilis, et le nombre des cas de cancer diminuera immédiatement.

***

L'hygiène, la propreté de la peau, les soins donnés aux affections cutanées et aux tumeurs bénignes concourent de manière presque certaine à éviter les cancers.

Les cancers de la bouche ont souvent pour cause une atrophie de glandes causée par la syphilis ; on accuse également le tabac. Cette forme ne représente que 5 p. 100 du total des cas.

Celui de l'utérus arrive jusqu'au quadruple environ.

Les cancers de l'estomac s'élèvent environ à plus de 40 p. 100 des cas ; ceux de l'œsophage sont évalués à 15 p. 100 au moins. Et ici les résultats obtenus sont peu consolants

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les méthodes de traitement qui existent actuellement sont les suivantes : détruire en masse la région où le cancer s'est développé ou séparer cette région du reste du corps par amputation ;

Détruire électivement les cellules cancéreuses par les rayons X ou par ceux qui émanent des corps radio-actifs.

Jusqu'ici les médications soi-disant spécifiques n'ont pas donné de résultats curatifs.

L'action chirurgicale obtient de nombreuses guérisons, mais demande une grande habileté.

L'intervention ne peut s'exercer fructueusement qu'au début, avant tout commencement de généralisation, et les récidives sont extrêmement graves. Le succès de l'opération dépend surtout de la précocité du dépistage du cancer et de la valeur de l'opérateur.

L'action radiothérapique est beaucoup plus compliquée et difficile que le procédé chirurgical. De très grands progrès ont été réalisés depuis trente ans dans l'emploi des rayons X et des corps radio-actifs. Les procédés se perfectionnent encore chaque jour et nous permettent d'espérer que les résultats déjà obtenus ne sont qu'un commencement.

Quels sont ces résultats ?

Dans les cancers de la peau et des lèvres, dans certains cancers de la langue, dans les cancers du col de l'utérus, les guérisons définitives sont nombreuses.

Hélas ! les résultats, lorsqu'il s'agit d'organes qu'on ne peut atteindre comme l'estomac, le foie, l'intestin, sont infiniment moins heureux.

Les résultats que nous donnons ici constituent cependant dans leur ensemble un grand encouragement et, en persévérant dans la lutte sérieuse entamée à l'heure actuelle, on peut espérer voir diminuer très largement et assez rapidement les ravages causés par cette affreuse maladie.

Nous les résumons :

Diagnostic précoce et sûrement établi par un spécialiste auquel le médecin non spécialisé peut toujours envoyer son malade ;

Ensuite intervention soit chirurgicale, soit par les rayons X ou le radium.

Comment obtenir ceci ?

Par la multiplication des dispensaires.

Terminons donc cet appel en demandant que le nombre des dispensaires soit accru, que les spécialistes capables d'opérer avec succès ces très difficiles interventions soient de jour en jour plus nombreux.

Enfin, que nos concitoyens, jusqu'ici en si grand nombre indifférents à l'hygiène, comprennent de mieux en mieux son importance, la mettent en honneur et consacrent les sommes nécessaires pour la développer.

Alors un grand nombre de malheurs et de catastrophes seront évités ; des milliers de vies humaines seront heureuses et prolongées.

Insistons tout particulièrement sur la nécessité d'inculquer à nos enfants les notions fondamentaeles d'hygiène et de prophylaxie généralement considérées non seulement par le public, mais par ceux qui l'instruisent, comme négligeables.

Multiplions les affiches, les conférences, les tracts destinés à combattre le cancer.

Aidons de toutes nos forces les ligues qui n'ont pas craint d'entreprendre courageusement cette lutte ardue et si pénible, et nous aurons rendu à notre patrie un signalé service.

Avantages du dépistage précoce du cancer.

Par M. le professeur **Lambret**, directeur du Centre anti-cancéreux de la région du Nord.

Je suis heureux de profiter de la *Semaine du Cancer* pour répéter des choses connues et cent fois dites.

Les hommes sont ainsi faits que ces répétitions sont nécessaires, car s'ils se laissent impressionner assez facilement par l'énoncé de préceptes primordiaux, ils oublient vite, et, en ce qui concerne le cancer, oublier qu'on y est exposé, c'est abandonner la vigilance qui est notre meilleure arme contre lui, puisque c'est elle qui nous permet de le diagnostiquer, de le « dépister » au moment propice.

Qui ne sait, à l'heure actuelle, que le cancer n'est pas un mal sans espoir et qu'au contraire, pendant toute sa période de début, il est, dans la majorité des cas, essentiellement vulnérable ; oui, tant qu'il est une maladie locale, on peut le guérir et pour toujours.

S'il fait encore tant de victimes, c'est que, presque toujours, les traitements qui seraient victorieux sont mis en œuvre trop tard, alors que le mal a pris des racines étendues. Le principal responsable de ce retard, c'est le malade lui-même. La preuve nous en est fournie chaque jour par l'interrogatoire qui montre presque toujours qu'un temps très long s'est écoulé entre l'apparition des premiers signes et la date de la première consultation.

Pourquoi ce retard ? C'est encore une fois notre pauvre nature qui en porte la responsabilité. Les raisons sont des raisons humaines, telles que la pudeur, la peur, le manque d'argent, l'insouciance et surtout une seule qui les contient toutes, l'ignorance.

Il en est d'autres, citons : les pernicieux conseils d'un entourage ignorant lui aussi ; les traitements intempestifs d'un charlatan ; l'examen insuffisant qui est le fait d'un médecin négligent, et le dernier en date, la fausse sécurité procurée par l'absorption d'un médicament soi-disant préventif. « Comment voulez-vous que j'aie un cancer, me disait dernièrement une cliente chez laquelle je venais de découvrir un indiscutable cancer du sein, je prends du magnésium depuis deux ans. »

Toutes ces raisons, si on les scrute, sont encore de l'ignorance.

Cependant, il y a une atténuation à la culpabilité des malades ; c'est que le cancer n'est pas, pendant très longtemps, une cause de douleur, et l'homme ne s'inquiète réellement que quand il souffre.

C'est l'excuse qu'ils invoquent tous : « Je ne souffrais pas, docteur, j'ai attendu ». Les malheureux ne savent pas que lorsque la douleur apparaît, le cancer a déjà atteint les nerfs qu'il comprime et ronge, et les chances d'efficacité de traitement ont fortement diminué.

Le public a une autre excuse : il n'est en général pas initié aux lois physiologiques qui régissent l'organisme, et par conséquent ne prête pas une importance suffisante aux petits signes anormaux qui marquent le début du cancer.

C'est dans ce sens qu'il faut l'éduquer. Faut-il pour cela commencer par lui inculquer dès le jeune âge des

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

notions élémentaires d'anatomie et de physiologie ? La question dépasse le cadre de cet article.

Faut-il conseiller à tous de suivre la pratique de quelques-uns qui sont des sages et se font examiner systématiquement et à fond deux fois par an ? Certes oui, mais à côté de cela, l'action à exercer peut être beaucoup plus simple ; elle peut être efficace, à la condition d'être incessante : elle consiste à obliger le public à penser au cancer, à rappeler à tout le monde que tout le monde est candidat au cancer.

La *Semaine du Cancer* n'est qu'une unité parmi cinquante-deux autres. Son action demanderait à être répétée plus fréquemment.

D'autre part, je pense qu'il serait facile, avec une bonne organisation, d'imprimer dans l'esprit de tous quelques notions élémentaires et simples qui ne sortiraient pas de la mémoire, telles les premières fables apprises quand on est petit enfant, et qu'on n'oublie jamais. Je les résume en une série de « Commandements » que tous sans exception devraient connaître et pratiquer :

Le cancer n'est pas une maladie honteuse ;

Le cancer n'est pas une maladie contagieuse ;

Le cancer peut être guéri radicalement, s'il est découvert et bien soigné à temps.

Donc :

Si vous souffrez de l'estomac, ou maigrissez sans motif ;

Si sur la figure, sur les lèvres, sur la langue, un bouton ou une ulcération durent plus de quinze jours ;

Si vous perdez du sang ou des glaires par l'anus ; si, chez une femme, des pertes surviennent en dehors des époques.

Un examen d'urgence et complet est indispensable.

La science a perfectionné la technique opératoire et les méthodes d'application d'agents physiques (radium, rayons X). Les guérisons qu'elle obtient sont de plus en plus nombreuses.

Que le principal intéressé, c'est-à-dire le public, lui vienne en aide et lui apporte sa collaboration en s'alarmant du moindre signe et permette ainsi le dépistage précoce du cancer.

Si ce résultat est obtenu, le nombre des guérisons atteindra des proportions insoupçonnées.

Nous devons guérir les cancéreux.

Par le professeur **H. Hartmann**, membre de l'Académie de médecine.

Quarante mille malades environ meurent chaque année, en France, des suites d'un cancer ; si on laisse de côté les enfants, on constate que sur 10 morts d'individus ayant dépassé seize ans, il y a une mort par cancer. Cette mortalité considérable est en grande partie due à ce fait que le médecin n'est souvent appelé que tardivement, et qu'il est alors impuissant. Aussi le public considère-t-il le cancer comme un mal terrible, ne laissant guère d'espoir ; on n'ose même, dans les familles, en prononcer le nom. La situation est actuellement pour le cancer ce qu'elle était pour la tuberculose, il y a trente à quarante ans.

A cette époque, au seul mot de tuberculose, on pensait à ces malheureux, encore appelés phtisiques, à ces tuberculeux arrivés à la dernière période, anémiés, affaiblis, crachant leurs poumons. On considérait le tuberculeux comme perdu et l'on ne cherchait guère à le guérir, on ne s'occupait que de le soulager. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Le grand public sait que la tuberculose est curable lorsqu'elle est traitée à temps ; on ne la cache plus, on la soigne et l'on voit un très grand nombre de malades guérir. Il faut qu'il en soit de même pour le cancer.

Au début, le cancer est une maladie locale, qui gagne peu à peu et finit par se généraliser. Il est alors devenu, dans l'état actuel de la science, incurable. Mais traité à temps, supprimé soit par l'intervention sanglante, soit par des radiations suivant les cas, il peut guérir. Tous les chirurgiens qui ont une pratique assez longue, suivent les opérés de cancer, qui restent guéris après cinq, dix, quinze, vingt ans et plus. Et il s'agit là de cancers certains, dont le diagnostic clinique était évident, dont l'examen microscopique de la pièce enlevée a montré l'exactitude. On ne peut plus mettre en doute, aujourd'hui, la possibilité de la guérison du cancer. Pourquoi n'avons-nous encore, en moyenne, que 25 à 30 p. 100 de guérisons durables après nos interventions? C'est parce que les malades ne s'adressent pas à leur médecin d'assez bonne heure. Craignant l'opération, convaincus que le mal récidivera après elle, pensant que le cancer est incurable, ils ne vont pas consulter immédiatement, ils tardent d'autant plus à le faire que le cancer au début est *indolent*.

Alors qu'une affection inflammatoire, le plus souvent sans gravité, est douloureuse, que le malade souffrant s'inquiète, un cancer, qui au début ne s'accompagne souvent d'aucun trouble sérieux, dont l'évolution insidieuse semble bénigne, est négligé. Le cancer restant indolent pendant une longue période de temps, quelquefois même jusqu'à la mort, le malade ne s'en préoccupe pas, et le laisse évoluer jusqu'au jour où il est devenu incurable.

Femmes, méfiez-vous des indurations indolores du sein, et non pas, comme vous le faites, des poussées douloureuses qui se font quelquefois à son niveau ; méfiez-vous de tout écoulement anormal de sang. Malades, préoccupez-vous des ulcérations persistantes de la langue ou des lèvres, des petites tumeurs cutanées qui augmentent ou s'ulcèrent, des troubles digestifs persistants, surtout quand ils surviennent à un certain âge, d'une constipation qui ne débute qu'à quarante ou quarante-cinq ans. Ne vous attardez pas à appliquer des pommades, à prendre des médicaments, cuivre, arsenic, magnésium, bismuth, etc., que vantent des réclames payées dans la Presse. Nous ne connaissons pas actuellement de médicament faisant fondre les tumeurs cancéreuses. Dès que le cancer est reconnu, il faut l'enlever chirurgicalement, ou le détruire par des applications de rayons X ou de radium. Chacun de ces traitements a ses indications qui dépendent du siège et de la nature du cancer en présence duquel on se trouve. N'attendez pas que le mal se soit propagé à distance.

Rappelez-vous que le cancer traité à ses débuts d'une manière rationnelle, n'est pas à craindre, et qu'il guérit alors presque sûrement et définitivement.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Le cancer. Du danger des traitements illusoires.

Par le Dr **Gunsett**, directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg.

A l'heure actuelle, il n'y a que deux moyens de guérir le cancer : la chirurgie, le traitement par les rayons X ou le radium. Tout autre traitement qui promet la guérison est illusoire. Qu'il soit pratiqué par des médecins ou des non-médecins, il conduit fatalement au tombeau des malheureux qui auraient pu guérir par l'opération ou par les rayons X ou le radium.

Innombrables sont les méthodes de traitement du cancer, vantées par des rebouteurs, des magnétiseurs et des électriseurs professionnels. Dans toutes les professions, se trouvent de nombreuses personnes qui croient avoir découvert une plante, une infusion, une pommade soi-disant infaillible contre le cancer. Souvent ce sont des illuminés qui ne désirent que soulager l'humanité, mais souvent ils se révèlent commerçants adroits qui essaient et savent tirer profit de la crédulité publique.

Nombreux sont les sérums qu'on a essayés, innombrables les vaccins. On a injecté aux malades des extraits de cancer même, des extraits d'organes, de rate, d'hypophyse, etc., toujours sans le moindre résultat.

Toutes les ressources de la chimie y ont passé. Tous les sels organiques et inorganiques, tous les métaux, même les métaux rares, en sels, en suspension colloïdale et dans d'autres formes encore ont été essayés. Depuis quelques années, on a gavé tous les cancéreux de magnésie. Jamais la disparition d'un vrai cancer n'a pu être constatée à la suite d'une cure de chlorure de magnésium. Et même le pouvoir prophylactique de ce sel tant prôné il y a peu de temps, vient d'être mis sérieusement en doute à l'Académie de médecine.

Quand on applique ces méthodes sur un malade qui est dans un état très avancé, qui n'est plus susceptible d'être guéri, elles ne font au moins pas de mal. Il en est tout autrement si on les applique à des cancéreux au début de leur maladie, quand ces malades ont encore des chances d'être guéris par la chirurgie, les rayons X ou le radium ; dans ce cas, ces méthodes font subir aux malades une perte de temps pendant laquelle le mal s'étend et s'aggrave.

Et ces remèdes sont journellement prônés sous les rubriques engageantes : « Vers la guérison du cancer ! — Possède-t-on le remède infaillible contre cette terrible maladie ? — Une nouvelle méthode de traitement par la sérothérapie. — Le cancer peut-il être guéri ? »

On vend à un public crédule des lampes à rayons ultra-violets, violets, rouges et infra-rouges qui peuvent avoir de l'influence sur d'autres maladies, mais qui ne peuvent guérir le cancer.

On vante à grande réclame des compresses et des coussins contenant quelques traces de radium. Ces produits ne peuvent avoir aucun effet curatif sur le cancer.

De tous côtés, se manifestent des théories sur le cancer. Les unes naissent en France, d'autres nous viennent de l'étranger, aucune encore n'a donné le mot de l'énigme.

Les philosophes eux-mêmes s'en mêlent et, pour certains, le cancer serait une maladie provoquée par un état psychologique spécial, voisin de l'hypocondrie. Constipation et cancer seraient l'apanage de malheureux souffrant d'un état d'âme spécial. Chacun est libre de se livrer à ses spéculations de l'esprit ; mais la philosophie qui prétend guérir devient dangereuse pour ses adeptes. Certains animaux comme le crapaud, certaines plantes comme le gui auraient des vertus mystérieuses. Il est presque incroyable que le XXe siècle continue à donner naissance à des croyances pareilles dignes du plus sombre moyen âge. On sourirait volontiers de pareilles naïvetés si elles étaient inoffensives, mais elles coûtent la vie à ceux qui, attirés par un mysticisme suranné, leur font confiance. On ne se contente pas d'une propagande pour ces remèdes, mais, ce qui est grave, on jette le discrédit sur les méthodes scientifiques qui ont fait leur preuve.

J'ai pu suivre une malheureuse qui a payé de sa vie sa crédulité en laissant se généraliser un cancer facilement opérable quand je l'ai vu.

Que le malade se rappelle une fois pour toutes les deux phrases suivantes qui sont capitales quand il s'agit d'un cancer :

1° Le traitement chirurgical ou le traitement par les rayons X ou le radium sont les seuls efficaces contre le cancer. Il n'y en a pas d'autres ;

2° Il est capital de soumettre le cancer à ces traitements dès ses premiers débuts, et ne pas perdre un temps précieux en essayant d'autres traitements qui ne peuvent être qu'inefficaces et rendront incurable un malade qui avait auparavant des chances de guérison.

(A suivre.)

NOUVELLES

Nécrologie. — Mlle Césarine Truffe, surveillante en retraite des hôpitaux de Paris, décédée à l'hôpital Bretonneau, à l'âge de soixante-dix ans, après avoir passé ses quarante-deux ans de service dans les hôpitaux d'enfants (Enfants-Malades et Bretonneau). — Mlle le Dr Renée Schulmann, de Paris. — Le Dr Emmanuel Fleury, de Versailles. — Mme de Gagemon, docteur en médecine.

Faculté de médecine de Paris. Immatriculation. Inscription. — I. Immatriculation. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (Décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 francs.

NOUVELLES *(Suite)*

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis de midi à 15 heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'incrivant, l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'Enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté) ;

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1932-1933, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichets nos 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trismestres : du 10 au 25 octobre 1932.

Troisième trimestre : du 24 avril au 6 mai 1933.

Quatrième trimestre : du 10 au 25 juillet 1933.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Maison départementale de Nanterre. — En raison de la réorganisation des services de l'infirmerie qui vient d'être réalisée à la Maison départementale de Nanterre, le Conseil général de la Seine vient de décider la création des emplois suivants : 2 emplois d'interne en médecine et en chirurgie ; 1 emploi d'interne en pharmacie ; 2 emplois d'assistant en chirurgie ; 1 emploi d'assistant en radiologie ; 1 emploi de surveillante principale ; 8 emplois de surveillante.

Asile public d'aliénés d'Armentières. — Un poste de médecin chef de service public d'aliénés d'Armentières (Nord) sera vacant à dater du 1er octobre 1932.

Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. — Ouverture de concours pour le recrutement d'un médecin directeur stagiaire et de 7 médecins assistants stagiaires pour les sanatoriums et préventoriums de l'Office public d'hygiène sociale.

La date de clôture du registre d'inscription pour ces concours est reportée du 5 juillet 1932 au 20 septembre 1932 inclus.

Pour tous renseignements concernant ces deux concours, s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (IVe).

Centre de psychiatrie Henri-Rousselle. — Sur la proposition de M. René Fiquet, au nom de la 3e Commission, le Conseil général de la Seine vient d'exprimer un avis favorable à la reconstruction des bains médicaux externes rattachés au Centre de psychiatrie Henri-Rousselle.

Hôpital Bichat. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Calmels au nom de la 5e Commission, a décidé d'accorder à titre exceptionnel à M. le professeur agrégé Chiray, médecin des hôpitaux, une subvention de 20 000 francs, à titre de contribution à l'aménagement d'une installation radiographique avec laboratoire, dans son service de l'hôpital Bichat, installation qui, ainsi que l'atteste M. le Doyen de la Faculté de médecine, présente un grand intérêt scientifique et pédagogique, puisqu'elle permettra de mener à bien les recherches scientifiques sur les questions de gastro-entérologie et d'hépatologie et servira à la pratique de l'enseignement de la gastro-entérologie moderne aux élèves et médecins qui fréquentent ce service.

Hôpital de la Pitié. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Félix Lobligeois, au nom de la 5e Commission, vient d'émettre un avis favorable à l'installation d'appareils radiologiques à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Fredet.

Hôpital maritime et hôpital annexe Lannelongue de Berck. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Fernand Moriette, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter la délibération suivante

NOUVELLES *(Suite)*

ARTICLE PREMIER. — Une subvention de 6 000 francs est accordée, pour 1932, à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer pour le cinématographe destiné aux enfants malades.

ART. 2. — Une subvention de 6 000 francs est également attribuée, pour 1932, à l'hôpital annexe Lannelongue de Berck, pour le cinématographe des malades.

XXVIIe Congrès de la Société allemande d'orthopédie — Ce Congrès aura lieu à Mannheim, les 5, 6, 7 septembre 1932.

Les questions à l'ordre du jour sont : 1° fractures du col du fémur ; 2° corps étrangers du genou ; 3° fractures vicieusement consolidées. M. le professeur Frœlich compte se rendre à ce congrès et serait le président de la délégation française. M. le professeur Mathieu et M. Gourdon s'y rendront également.

Pour s'inscrire à ce congrès, s'adresser au secrétaire général de la Société française d'orthopédie, M. E. Sorrel, 179, boulevard Saint-Germain, Paris.

IXe Congrès international d'Histoire de la médecine (10-18 septembre 1932). — Pour faire partie de ce Congrès, il faut être membre de la Société internationale d'histoire de la médecine et demander son admission au secrétaire général, le professeur Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (VIIIe).

Les membres de la Société internationale d'Histoire de la médecine qui veulent faire partie de ce IXe Congrès doivent adresser leur adhésion, avec leur cotisation, soit au trésorier de la Société internationale d'histoire de la médecine, M. Boulanger-Dausse, 4, rue Aubriot, Paris (IVe), soit directement au caissier du Congrès, M. J. Karmitz, Bucarest II (Roumanie), Str. Zorilor, 2, ou encore au secrétariat du Congrès, 83, rue Stirbei-Voda, à Bucarest.

Les membres participants doivent une cotisation de 100 francs français. Les personnes accompagnant les membres participants (femme et enfants) sont membres associés et payent 75 francs.

Les inscriptions doivent être parvenues avant le 30 juin 1932. Le Congrès aura lieu à Bucarest.

Samedi 10 septembre : Séance extraordinaire de la Société roumaine d'histoire de la médecine. — Dimanche 11 septembre : Ouverture du Congrès. — Lundi 12 septembre : Rapports et communications ainsi que les mardi 13 et mercredi 14 septembre. — Le jeudi 15 septembre, le Congrès visite la station de Ploesti. — Le vendredi 16 septembre, le Congrès visite Sinaia. — Le samedi 17 septembre, le Congrès visite Braza, Campina et Snagov.

Le Congrès se termine le dimanche 18 septembre, à Bucarest.

On peut gagner Bucarest par terre, par le Danube, et par mer. 1° Par terre : soit par le Simplon, en Orient-Express, entrant en Roumanie à Curtici. Soit par les trains venant de Yougoslavie et entrant par Jimbolia.

Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer roumains est envisagée.

2° On peut descendre le Danube de Vienne à Budapest jusqu'à Turnu-Séverin ou Giurgiu d'où le train conduit à Bucarest.

3° Par mer. Le professeur Castiglioni, de Trieste, et M. Oliaro, de Turin, ont accepté l'organisation par la *Minerva Medica* d'un voyage partant de Trieste et aboutissant à Bucarest par Athènes, Stamboul et Constantza.

Jeudi 1er septembre : Départ de Trieste à 24 heures. — Vendredi 2 : Départ de Venise à 14 heures. — Samedi 3 : Arrivée à Brindisi, à 3 heures du matin. — Lundi 5 : Arrivée au Pirée à 10 heures. Visite d'Athènes en automobile. — Mardi 6 : Départ d'Athènes en automobile pour le Pirée, embarquement sur le *Grande Espresso* à 17 heures pour Stamboul. — Mercredi 7 : Arrivée à Stamboul à 17 heures. Constantinople. — Jeudi 8 : Constantinople. Embarquement à 10 heures pour Constantza. — Vendredi 9 : Arrivée à Constantza, visite de la ville, arrivée à 23 heures à Bucarest. — Samedi 10 : Réception de la délégation du Comité central. — Dimanche 11 : Inauguration du Congrès.

La demande d'inscription de ce voyage à la *Minerva* est de 250 lires.

Selon la combinaison de retour, le prix varie de 2 500 lires en seconde à 4 140 lires en première. Ceci comprend les transports, les frais de séjour et le retour par Vienne jusqu'au 23 septembre.

D'autre part, l'administration du Congrès a prévu quatre excursions au choix après le Congrès :

a. Excursion aux Portes de fer et aux Bains d'Herculc qui permet le retour par Jimbolia (frontière de Yougoslavie) ou Curtici (frontière de Hongrie) ;

b. Excursion à Curtea de Arges et Cluj jusqu'à Episcopia Bihorului (frontière de la Hongrie) ou jusqu'à Helmei (frontière de Tchécoslovaquie) ;

c. Excursion en Moldavie, à Jassy avec réception de la Faculté de médecine de Jassy. De Jassy, les excursionnistes partiront pour leur pays par la station frontière de Grigore Ghica Voda pour la Pologne ;

d. Excursion aux Bouches du Danube avec retour à Bucarest le 22 septembre.

Indépendamment des prix relatifs à l'organisation de la *Minerva Medica*, voici à titre d'indication les prix de quelques trajets :

Traversée de Trieste à Stamboul, 305 lires. — Traversée de Constantinople à Constantza, 3 000 lei. — Chemin de fer de Constantza à Bucarest, 412 lei (tarif réduit).

En raison de l'hospitalité des Roumains et du grand nombre d'invitations pour le séjour à Bucarest, il faut compter, avec les réductions, 200 à 500 lei par jour.

Pour les quatre types d'excursions terminales, il faut compter une dépense de :

Pour le 1er type : 155 lei. — Pour le 2e type : 982 lei. — Pour le 3e type : 110 lei. — Pour le 4e type : 825 lei.

Nous rappelons, pour mémoire, que le franc français vaut 6 lei 59 et la lire italienne 8 lei 70.

Pour avoir plus de détails concernant le voyage en mer, s'adresser à la *Minerva Medica*, Via Martiri Fascisti, 15, Torino.

IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tomarkin à Locarno. — Le IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tormakin (Locarno) aura lieu à Milan du 12 septembre au 2 octobre 1932. Le Cours sera ordanisé par la Fondation Tomarkin sous les auspices de l'Université royale de Milan.

NOUVELLES *(Suite)*

Il est prévu que les thèmes qui seront traités pendant ce Cours comprendront les spécialités suivantes : Maladies du cœur, Cancer, Vaccination antidiphtérique, Neurologie (Neuro-syphilis, Sclérose en plaques, Poliomyélites), Hormones.

Jusqu'à ce moment les suivants professeurs-conférenciers ont accepté l'invitation et assuré leur coopération à ce Cours : E. Abderhalden, Halle ; H. Alexander, Agra ; M. Ascoli, Palerme ; L. Asher, Berne ; E. Bertarelli, Pavie ; R. Bing, Bâle ; Fr. Blumenthal, Berlin ; L. van Bogaert, Anvers ; J. Bordet, Bruxelles ; Th. Brugsch, Halle ; A. Dustin, Bruxelles ; G. Fichera, Pavie ; C. Foà, Milan ; A. Gigon, Bâle ; B. Gosio, Rome ; C. Heymans, Gand ; A. von Koranyi, Budapest ; E. Laqueur, Amsterdam ; Ch. Laubry, Paris ; J. Lépine, Lyon ; R. Leriche, Strasbourg ; C. Levaditi, Paris ; E. Löwenstein, Vienne ; Th. Madsen, Copenhague ; E. Morelli, Rome ; C. von Noorden, Vienne ; L.-M. Pautrier, Strasbourg ; N. Pende, Gênes ; F. Pentimalli, Pérouse ; Cl. Regaud, Paris ; R. Rondoni, Milan ; G. Roussy; Paris ; F. Rusca, Locarno ; H. Sachs, Heidelberg ; D. Sarason, Berlin ; F. Sauerbruch, Berlin ; A. Schittenhelm, Kiel ; Lina Stern Moskau ; M. Taute, Berlin P. Uhlenhuth, Freiburg i. B. ; R. von der Velden, Berlin ; W. Weichardt, Wiesbaden ; C. Wilmanns, Heidelberg ; L. Zoja, Milano.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, case postale 12, Locarno (Suisse).

Voyage de propagande en Orient. — La Section touristique du Comité « France-Orient », 9, rue de Londres, Paris (IXe), organise pour le mois de septembre prochain, un voyage permettant aux personnes désireuses de connaître les villes et les sites les plus intéressants du Proche-Orient, de le faire dans les meilleures conditions.

Le programme comporte la visite de : Zagreb, Belgrade, Bucarest où l'on arrive après avoir descendu en bateau le Danube dans sa partie la plus pittoresque (Défilé de Kazan et les Portes de fer), Sinaia, Constantza, Constantinople, Brousse, Nicée, les Iles des Princes, Athènes.

Aux principales étapes, les touristes seront reçus par les autorités et les membres locaux du Comité.

La Ligue d'Union latine en Italie. — La Ligue d'Union latine organise du 3 au 14 septembre son dernier voyage de la saison. Il comprendra la visite en autocar du Tyrol, des Dolomites, un séjour à Venise, où des manifestations de propagande française sont prévues, et au bord du Lac Majeur.

Chacun peut demander à s'inscrire à ce voyage organisé comme les précédents, dans des conditions incomparables de confort et de prix. Le programme illustré est envoyé gratuitement par la Ligue d'Union latine, 51, rue Saint-Georges, Paris (IXe).

Congrès international de la lithiase biliaire. — Le Congrès international de la lithiase biliaire qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre, sous la présidence de M. le professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine est, dès à présent, assuré d'un très beau succès, en raison du nombre et de la qualité des adhésions reçues tant de France que du Corps médical étranger.

Nnus rappelons que les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à M. le Dr J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiase biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

17 Aout 1932. — Voyage médical au Canada et aux États-Unis (Univers Médical).

22-27 Aout. — *Copenhague.* Congrès International de psychologie.

29 Aout. — *Rome.* Congrès International de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andréa Della Dame Naples 21).

5 Septembre. — *Mannheim.* XXVIIe Congrès de la Société allemande d'orthopédie.

5 Septembre. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 Septembre. — *La Haye.* Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 Septembre. — *Pougues.* Date et lieu de concentration des participants au V. E. M.

9 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Bucarest.* IXe Congrès internatioual d'histoire de la médecine.

10 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscirption pour le concours de professeur supplaét de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétriale à l'École de médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Rours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 Septembre. — *Dijon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Dijon.

11 Septembre. — *Poitiers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers.

12 Septembre. — *Milan.* IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tomarkin, Locarno..

12 Septembre. — *Amsterdam.* Congrès de médecine tropicale.

18 Septembre. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 Septembre. — *Vichy.* Congrès de la lithase biliaire

20 Septembre. — *Marseille.* Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

CHRONIQUE DES LIVRES

Deux comédies inédites : Cœur de bronze, par TRISTAN BERNARD, et ***Une leçon de Me Fleurant***, par le Dr RABIER-LABICHE. *(Édités par les Laboratoires Cortial, 15, boulevard Pasteur, Paris.)*

Le médecin aime à trouver dans les arts un délassement à ses préoccupations et à ses fatigues professionnelles. Il aime à s'entourer de tableaux de maîtres, de gravures rares et aussi de livres de prix ; les nombreuses sociétés de médecins bibliophiles sont là pour l'attester.

Les Laboratoires Cortial ont donc été bien inspirés en éditant pour le médecin deux comédies inédites dues, l'une à Tristan Bernard, l'autre à notre confrère Rabier-Labiche, dont les chroniques empreintes d'esprit et de bon sens sont si appréciées de tous. Ces comédies, fort charmantes, sont illustrées avec beaucoup de verve et de talent par le jeune artiste Henri de Renaucourt, et cette édition de luxe est remarquablement éditée par M. Dacosta.

C'est tout d'abord *Cœur de bronze*, de Tristan Bernard, où nous retrouvons la verve, l'esprit et l'ironie charmante de l'auteur du *Petit Café*. Il nous montre la détresse d'une malheureuse élève du Conservatoire, Sophie Grouillot, réduite à se placer comme femme de chambre ; tout est prétexte à citations pompeuses, à déclamations dramatiques.

Le service de femme de chambre est incompatible avec l'art dramatique ! Ses maîtres lui signifient son congé. Heureusement survient le directeur du Casino, habitué de la maison, qui engage la soubrette qui, se retournant vers ses anciens patrons, leur crie : « Rodrigue, qui l'eût dit ! Chimène, qui l'eût cru ! »

Une leçon de Me Fleurant est, sur un agréable pastiche de notre grand Molière, due au talent nuancé et délicat du Dr Rabier-Labiche. On ne saurait, sans la déflorer, conter cette leçon du maître barbier enseignant à son élève, non seulement l'art d'administrer le clystère, mais aussi la manière d'évoluer dans la clientèle recherchée des courtisans et de la haute noblesse du grand siècle. Tout y est, et pas un mot dur ou choquant ; tout y est dit en termes nuancés, en sous-entendus.

Et le XVIIIe siècle n'aurait pas renié le beau langage du Dr Rabier-Labiche.

Il faut féliciter les Laboratoires Cortial de leur belle édition si intéressante et si luxueusement présentée.

Un nouveau traitement abortif de l'érysipèle par les rayons rouges, la chambre rouge et le bandage rouge, par le Dr SKEVOS G. ZERVOS.

Sous ce titre, le Dr Zervos (d'Athènes) publie un petit livre en français dans lequel il préconise une intéressante méthode de traitement abortif de l'érysipèle qui mérite, sans aucun doute, d'être employée, puisqu'elle a donné des succès à l'auteur et que nous ne saurions trop être armés vis-à-vis de cette redoutable affection.

Dès que, appelé auprès d'un malade, le médecin aura diagnostiqué un érysipèle — pathologique ou chirurgical, peu importe, — il devra immédiatement et indispensablement faire recouvrir la porte et les fenêtres de la chambre du malade de rideaux strictement rouges. S'il n'existe pas de tels rideaux ou d'étoffe rouge dans la maison, alors il fera recouvrir les vitres des portes et des fenêtres, ainsi que les lampes de la chambre, avec du papier rouge des papeteries. Dans les hôpitaux on se servira d'une chambre spécialement affectée à ce but et dont toutes les vitres et les lampes seront de couleur rouge.

Ainsi, dès le début du traitement, l'érysipélateux devra être indispensablement et totalement soustrait à l'action de tous les rayons chimiques, lumineux et calorifiques de la lumière solaire, et n'être exposé qu'aux rayons rouges. Alors, traitant la plaie comme d'ordinaire, s'il s'agit d'un érysipèle chirurgical, nous badigeonnons la surface érysipélateuse du malade avec de la pommade ichtyolée ordinaire à 1 p. 2 ; nous soignons aussi soigneusement toute la région environnante sur une étendue de 2 à 3 centimètres, et nous plaçons des compresses ordinaires d'alcool, en recouvrant le tout d'une étoffe de soie imperméable, de taffetas, etc., et d'un bandage rouge dont nous devrons dorénavant indispensablement recouvrir toutes les plaies sans exception. Puis, toutes les deux heures, nous vaporiserons de l'eau chaude sur la surface érysipélateuse pendant une demi-heure environ au moyen d'un inhalateur ordinaire, en remplissant le récipient de cet appareil avec de l'eau chaude ordinaire que nous renouvelons deux ou trois fois à chaque aéro-douche.

Avec ce traitement simple, on obtient des résultats immédiats incontestables : abaissement de la température, cessation des douleurs, arrêt de la maladie, guérison rapide.

ALBERT MOUCHET.

Électricité et radiologie médicales, par les Drs L. GALLY et P. ROUSSEAU. Un volume in-16 relié : 12 francs ; broché : 10 fr. 50 (*Collection Armand Colin, Paris*).

Les auteurs ont réalisé dans ce petit volume un résumé très détaillé et très complet de l'ensemble des connaissances nécessaires pour comprendre la pratique de l'électricité et de la radiologie médicales. On sait quelle place cette spécialité tient dans la médecine, et l'on peut dire qu'il n'est guère de malade qui n'y ait recours aujourd'hui.

Il était indispensable d'éclairer le public qui désire s'instruire non, seulement sur les bases physiques de l'électricité et des rayons X, mais encore sur leur pratique essentiellement médicale, de telle sorte que ces opérations, encore mystérieuses pour lui, deviendront aussi familières au malade que les moyens d'investigation ou de thérapeutique usuels.

Enfin, dans la lutte entreprise contre la tuberculose et le cancer, il importe que le grand public sache tout ce qu'il peut attendre de la radiologie tant pour le diagnostic précoce que pour le traitement.

VARIÉTÉS

LA QUESTION DU JOUR

STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES ET ASSURÉS SOCIAUX

Au temps où M. le sous-secrétaire d'État Gaston Gérard dirigeait les destinées des Travaux publics, du Tourisme et aussi du Thermalisme, il vint prononcer à Luchon, en 1930, un discours-programme dont le thème fut le suivant :

Les stations climatiques et thermales sont de puissants ateliers que la nature a prodigués sur notre terre de France, les mettant, sans fin, à notre disposition pour réparer l'outillage humain.

L'application de la loi des Assurances sociales, aujourd'hui, plus nettement encore, pose le problème. Il appartient à chacun de nous de le regarder bien en face et de travailler à sa solution.

***

Les eaux minérales sont un médicament. — Ou les eaux minérales sont un *médicament* dans toute l'acception du terme, et aucune catégorie sociale ne doit en être privée...

Ou les eaux minérales sont un *médicament de luxe* et, alors, à quoi bon chaires et instituts et la propagande coûteuse faite en leur faveur ?

Comme la première proposition n'est plus actuellement discutée, si ce n'est par des esprits singulièrement retardataires, il est du devoir d'étudier avec le ministre de la Santé publique, et les techniciens compétents, *l'accès le plus large possible auprès de nos eaux et auprès de nos climats.*

Davantage encore il importe aux Assurances sociales et aux groupements mutualistes, *d'organiser immédiatement*, auprès des stations thermales et climatiques, telles formations sanitaires qui seront reconnues *pour chaque station* et *par chaque station* les plus aptes à donner les résultats les meilleurs, dans des conditions économiques les mieux étudiées.

M. le Dr Dequidt, dans un rapport qui devrait être publié dans tous les organes qui se piquent d'hygiène sociale, a développé *son acte de foi* dans la valeur de collaboration et d'intervention des Assurances sociales POUR UNE MEILLEURE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

L'un des vœux adoptés par le tout récent Congrès d'hygiène est ainsi formulé : « *Le Congrès, considérant que les institutions des Assurances sociales constituent un des éléments les plus puissants de protection de la santé publique*, élément d'autant plus efficace que ces institutions sont orientées vers la prévention des *risques « maladies et invalidité »*, estime qu'il est indispensable d'amender la loi sur les Assurances sociales en vue d'intéresser les institutions d'assurances-invalidité *à la prévention.* »

***

Les assurés sociaux aux stations thermales. — *Préventives* et *curatives*, nos stations thermales et climatiques aideront la loi des Assurances sociales dans une très large mesure, car elles diminueront, *d'une façon considérable*, l'incapacité de travail, les frais d'entretien, les frais médico-pharmaceutiques, les secours aux familles et enfin le manque à gagner.

Un document capital. — Les 2, 3, 4, 5 et 6 septembre 1931, la cinquième assemblée générale de la Conférence internationale des sociétés mutuelles et caisses d'assurances-maladie se tenait à Prague.

L'assemblée, à l'unanimité, adopta le vœu suivant : « Les institutions d'assurances considèrent que le *traitement thermal* est un moyen important de guérir, de *prévenir la maladie* et de *protéger la santé des assurés.* »

Après avoir développé cette notion, et l'avoir confirmée par des considérants très étudiés, l'assemblée approuva encore les lignes suivantes : « *Il est recommandable de grouper les caisses d'un pays dans le but de construire et d'administrer des établissements de cure communs dans les stations thermales déjà existantes. De plus, il y a lieu d'envisager la conclusion de concordats permettant l'accès des cures aux assurés étrangers, et cela, aux mêmes conditions que celles faites aux assurés sociaux du pays.*

Vient ensuite l'énoncé des règlements sur les directives concernant les indications relatives au traitement thermal aux assurances-maladie.

Qu'a fait la France ?. — Nous avons développé dans un très récent article de la *Médecine internationale* (juillet 1931) l'historique de la question.

Depuis saint Louis, François Ier, Henri IV jusqu'à nos jours, en passant par le Comité du salut public et la loi du 23 vendémiaire an VI, la législation française n'a cessé de s'occuper de cette question.

Depuis douze années, personnellement, et en collaboration avec le Dr Meillon et le commandant Fabre, nous avons développé le programme suivant :

Transposer sur le plan hydro-minéral les colonies de vacances, les camps de vacances afin que, après sélection par les centres de triage (base même de l'organisation thérapeutique de ces formations) des enfants qui sont justiciables de la cure thermale et climatique, on puisse, aux bienfaits du grand air

VARIÉTÉS *(Suite)*

et du soleil, joindre ceux d'une cure effective en insistant, davantage, encore sur les formes préventives.

Nous ne disons pas que la chose puisse se faire partout, mais nous disons *qu'il faut la faire partout où la chose sera possible.*

***

Le thermalisme social au congrès international de Lisbonne. — Aussi bien, quand le fruit est mûr, il n'est plus qu'à le cueillir. A Lisbonne, en 1930, M. le Dr Durand-Fardel, au nom de la délégation française, développa le point de vue suivant :

« Établir des modes d'hébergement à bon marché ; créer de véritables cités thermales ; réglementer l'envoi des malades relevant de l'Assistance publique ; déterminer les périodes pendant lesquelles les ayants droit pourront bénéficier de ces mesures ; signer des conventions spéciales avec les chemins de fer pour le transport économique de ces groupes ; étudier, *avec les Assurances sociales*, dans quelles conditions les assurés sociaux pourront bénéficier de nos stations... »

La Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques, le comité directeur de la Fédération thermale et climatique française ont pris position et, actuellement, *le thermalisme social est un fait contre lequel rien ne prévaudra.*

***

Crédit thermal et assurances sociales. — Le 8 avril 1932, la Fédération thermale et climatique a émis le vœu suivant :

« *Que M. le ministre des Finances, d'accord avec M. le ministre de la Santé publique, veuille bien prendre, sans tarder, toutes dispositions nécessaires en vue de l'institution d'un* Crédit thermal *autonome au ministère de la Santé publique, par la voie d'un décret qui attribuerait à l'organisme ainsi créé le crédit de 15 millions voté à cette fin par le Parlement, ce qui permettrait la réalisation de travaux urgents et d'aménagements intérieurs d'établissements thermaux, en attendant qu'une dotation annuelle, par voie législative, vînt mettre cet organisme en mesure d'assurer, par des prêts à long terme, l'exécution de travaux de construction, de transformations ou d'agrandissements d'établissements thermaux.* »

Ne vous semble-t-il pas que, étendant son action, tout comme celle des Chambres d'industrie thermale, le Crédit thermal ne doive aider au développement des villes thermales ? A notre avis, il n'y a aucun doute possible.

C'est par l'association des caisses d'*Assurances sociales* et du *Crédit thermal*, votée par le Parlement, que pourront naître, d'une façon systématique, *les cités thermales* que nous prévoyons pour l'avenir et qui, par une politique thermale et climatique, rigoureusement étudiée par les techniciens, seront, *pour la prévention*, une des organisations les plus indispensables.

***

Camps thermaux et camps climatiques. — Un large mouvement d'opinions que la presse, presque tout entière, a appuyé en France, a appelé l'attention de nos dirigeants sur la création facile, possible, nécessaire des *camps thermaux* et des *camps climatiques*.

Le Parlement (Voy. *Journal officiel* du 5 février 1931, colonne 2, page 389 ; et 4 décembre 1931, page 4252), a saisi le gouvernement de la question.

L'Académie de médecine a émis, à son tour, le vœu suivant :

« *L'Académie de médecine, fidèle à ses traditions de constante sollicitude à l'égard des déshérités et des malades, approuve l'organisation des camps thermaux qui permettront aux enfants et aux jeunes gens de bénéficier des cures hydrominérales si souvent utiles à l'âge du développement. Elle émet le vœu que les pouvoirs publics en facilitent l'organisation dans la plus large mesure.* »

Tout récemment, l'Académie française accordait à l'œuvre des *camps thermaux* l'un de ses prix Montyon, et enfin M. le ministre de la Santé publique créait une commission chargée d'étudier la possibilité d'extension de ces camps.

Pour nous, faisant nôtres les conclusions du professeur agrégé Wibauw, de l'Université de Bruxelles :

La santé publique est un capital social dont la conservation nécessite une utilisation rationnelle et scientifique des richesses climatiques et hydrominérales du pays.

Il est indispensable que le gouvernement garantisse pour l'avenir ces richesses et les préserve de toute tentative qui pourrait en diminuer la valeur.

Les orgarnisations de préservation sociale (qui s'imposeront dans la suite) exigeront une utilisation croissante de ces ressources et ce serait un crime, vis-à-vis des populations futures, que de pécher par négligence vis-à-vis des nécessités qui s'annoncent.

Nous adressons un pressant appel aux *assurances sociales*, à la *Fédération des mutualités*, à la *Confédération des médecins* aux organismes tels que le *T. C. F.*, l'*Office national du tourisme*, la *Fédération de l'Union des combattants*, la *Fédération des œuvres de protection de l'enfance*, pour leur demander de réaliser un progrès et une réforme qui, devant améliorer la santé publique par la *prévention*, doit avoir le pas sur toutes les autres considérations.

Dr R. MOLINÉRY (de Luchon),
Médaille d'or de l'Académie de médecine.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS RADIOTHÉRAPEUTES ET LA PRESCRIPTION

(Suite)

Par conséquent, quand la Cour de cassation admet la prescription trentenaire pour les transportés à titre onéreux, c'est qu'elle estime que le fondement de l'action civile a pour unique base une obligation contractuelle.

M. Marcel Nast, dans sa note, donne à ce sujet un exemple éminemment démonstratif :

« Si l'action en restitution d'un objet détourné, dit-il, ne s'éteint pas par la prescription pénale, c'est que le propriétaire d'une chose peut toujours la revendiquer entre les mains de celui qui la détient sans droit, sans qu'on ait à rechercher si le détenteur a commis un abus de confiance.

« Pour que le demandeur obtienne la restitution de l'objet détourné, il lui suffit de prouver l'existence du contrat en vertu duquel le défendeur détenait la chose et le refus du défendeur de restituer celle-ci. »

Si on applique ces principes en matière de responsabilité médicale, nous voyons qu'il est impossible aux tribunaux d'examiner la demande en responsabilité sans tenir compte du fait du médecin ; et ceci est la conséquence immédiate et logique de l'interprétation du contrat intervenu entre le médecin et le malade.

Dans le contrat de transport à titre onéreux, le transporteur qui a ou qui n'a pas commis de faute, est responsable du fait que le voyageur n'est pas parvenu sain et sauf au lieu de destination. Cette responsabilité est indépendante de toute preuve de faute.

En matière médicale, au contraire, le médecin n'a pas pris l'obligation de guérir le malade ; s'il arrive un accident au malade, celui-ci ne peut fonder son action sur le fait que le médecin n'a pas rempli l'obligation qu'il avait de le guérir, puisque cette obligation n'existe pas. Le médecin ne peut être responsable que s'il n'a pas rempli l'obligation qu'il avait de donner ses soins au malade, conformément aux règles normales de l'art médical.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Il faut donc, pour que le médecin soit responsable, qu'il ait agi en violation des règles professionnelles ou des obligations qui lui sont imposées par la loi et la jurisprudence.

Il en résulte que l'action en dommages-intérêts du malade ne peut pas être fondée sur le seul contrat indépendamment de toute faute, et qu'elle ne peut avoir pour base qu'une responsabilité issue des règles professionnelles ou des obligations légales qui s'imposent au médecin.

Dès lors, le demandeur ne pouvant agir civilement sans faire revivre une infraction pénale, c'est la prescription de trois ans prévue pour le délit de blessure par imprudence qui seule peut s'appliquer.

En effet, la faute pénale et la faute civile sont, aux termes de la jurisprudence, entièrement identiques en cette matière, ainsi que nous l'avons vu. L'acte imprudent ou maladroit du médecin, qui a causé la mort du malade ou lui a occasionné des blessures, constitue à la fois, dès l'instant qu'il est établi, une faute pénale et une faute civile.

Il en résulte qu'il importe peu que le malade porte son action devant le tribunal civil au lieu de la porter devant le tribunal pénal, puisque le fondement des deux actions est exactement le même et, en conséquence, le malade ne pouvant obtenir des dommages-intérêts devant le tribunal civil qu'en établissant une faute à la charge du médecin, cette faute, si elle est prescrite du point de vue pénal, ne peut être postérieurement réveillée d'un sommeil qui est définitif par un artifice de procédure.

De cette démonstration il résulte que, de quelque côté qu'on envisage le problème, il semble impossible d'approuver l'arrêt de la Cour d'Aix et de dire, en conséquence, que la responsabilité civile des médecins se trouve engagée pour trente années.

Non seulement nous avons vu que pour l'exercice de l'art médical et dans la pratique de cet art une telle jurisprudence serait néfaste aussi bien aux malades qu'aux médecins, mais, ainsi que nous l'avons démontré, la responsabilité des médecins est éminemment professionnelle ; elle

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

diffère selon les cas ; elle est interprétée de manière différente selon qu'il s'agit de fautes médicales ou de fautes de droit commun. Elle est donc issue d'une violation des lois en vigueur ou des règles normales que la jurisprudence a fixées pour l'exercice de l'art médical.

La responsabilité du médecin est donc toujours fondée soit sur un délit, soit sur un quasi-délit.

Enfin, alors même qu'on admettrait par une fiction que le fondement de l'action en dommages-intérêts du malade ou de ses ayants droit peut avoir pour base la convention intervenue entre le médecin et le malade, même dans ce cas il apparaît que l'action en dommages-intérêts est prescrite par trois ans et non pas trente ans, parce que cette action n'a pas pour fondement le seul contrat et une violation prétendue du contrat, mais un fait positif du médecin ; parce que, dans l'exercice de l'action en responsabilité, le demandeur ne peut pas agir en prouvant simplement le préjudice qu'il a subi, mais parce qu'il doit, en dehors de l'existence de la convention, prouver à la charge du médecin des faits qui en soi constituent un délit de blessure par imprudence.

Par conséquent, même si on admettait comme fondement de l'action en dommages-intérêts l'existence d'une convention, le malade ne pourrait agir contre le médecin plus de trois ans après l'acte dommageable, parce que son action tendrait à faire revivre des faits qui sont prescrits en vertu de l'article 638 du Code d'instruction criminelle et parce que le malade ne peut établir le fait d'où est issu le dommage en faisant abstraction d'une faute pénale.

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

DELEZENNE (1868-1932)

Delezenne, professeur de physiologie à l'Institut Pasteur, est mort le 6 juillet dernier. Un éminent physiologiste étranger m'écrivait, parlant de lui : « La physiologie a perdu un de ses grands maîtres. » Dans toute la force du terme, il fut tel incontestablement.

A sa valeur scientifique, qui fut des plus hautes, s'est égalée au surplus sa valeur morale ; par les qualités du cœur aussi bien que par l'intelligence et par l'intensité du labeur, il a été un être d'exception. Le culte de la vérité, le souci de l'intérêt général, un noble désintéressement, une bonté profonde et discrète, ont inspiré sa conduite pendant toute sa vie. D'un bout à l'autre de sa carrière il dut à son mérite seul, sans que jamais l'intrigue ou seulement l'emploi de moyens mesquins y eût aucune part, les succès qu'il recueillit et l'autorité sans cesse grandissante qui lui fut unanimement reconnue.



Le professeur DELEZENNE.

Né en 1868 à Genech, non loin de Lille, Camille Delezenne fit dans cette ville ses études médicales. Devenu rapidement interne des hôpitaux, puis chef de clinique, il sembla désigné, par les brillantes qualités qu'il déploya dans ces fonctions, pour un grand avenir dans l'exercice de la profession médicale ; mais la physiologie expérimentale le séduisit, puis le retint. Il eut pour premier éducateur Wertheimer, et pendant les deux années à peine qu'il passa chez ce maître excellent il publia des recherches intéressantes sur diverses réactions vasomotrices. Nommé en 1895 professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, il trouva un accueil empressé dans le laboratoire de Hédon, et c'est là que sa maîtrise, dont ses premiers travaux avaient donné un pressentiment, commença de se manifester dans tout son éclat.

Dès cette époque, comme plus tard dans les leçons qu'il professa chaque année à l'Institut Pasteur, il captiva ses auditeurs par la clarté et l'élévation de son enseignement didactique. Dès cette époque il se signala mieux encore par des publications remarquables, qui portèrent alors sur la coagulation du sang.

Frappé, par la lecture de ces publications, des qualités qui s'y dénonçaient, Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, offrit à leur auteur de créer exprès pour lui, dans la maison pastorienne, le laboratoire de physiologie où vient de s'achever sa carrière. Delezenne n'avait alors que trente-deux ans. Avec quelques collaborateurs : Frouin, Pozerski, Mouton, Lisbonne, Mlle Ledebt, plus récemment Mlle Guillaumie, Gayet, il poursuivit pendant une période qui dura trente-deux années, la moitié de sa vie, une série de travaux qui eurent pour objet des processus diastasiques et des processus d'immunité : deux ordres de processus qui n'ont cessé, depuis Pasteur, de manifester d'intimes corrélations réciproques.

L'œuvre de Delezenne est très considérable. Non plus qu'à l'Académie de médecine où j'avais dernièrement la douloureuse mission de l'évoquer, je ne saurais ici en embrasser l'ampleur ; parmi les travaux dont elle se compose, et qui tous sont importants, je rappellerai seulement, à titre d'exemples, ceux qui se rapportent à la coagulation du sang, aux venins de serpents, à la présence et au rôle physiologique du zinc dans les organismes animaux.

Delezenne découvrit avec Frouin que le suc pancréatique pur, tel qu'il est sécrété dans l'intestin, ne possède pas l'activité tryptique et qu'il a strictement besoin, pour l'acquérir, du concours de l'entérokinase, ferment du suc intestinal jusque-là regardé comme amplifiant seulement une activité préexistante. Par là étaient abrogées des notions alors classiques et jugées importantes, concernant une prétendue adaptation du pancréas à la diversité des régimes alimentaires. Mais il y eut beaucoup plus : Delezenne, continuant l'étude du suc pancréatique pur, fut conduit à découvrir nombre de faits entièrement nouveaux.

C'est l'activabilité du suc pancréatique par le calcium, que Delezenne, après l'avoir

NÉCROLOGIE *(Suite)*

découverte, caractérise comme rigoureusement spécifique et qu'il explique lumineusement par la propriété qu'il reconnaît à ce métal de déterminer la production, dans le suc même, d'une kinase autochtone. C'est la transmissibilité, à travers une série de suc inactifs, de l'activité tryptique une fois développée dans un premier suc, curieux phénomène qui rappelle la transmission d'une culture microbienne de bouillon en bouillon et dont Delezenne trouve avec sagacité l'interprétation. C'est le parallélisme inattendu qu'il soupçonne, vérifie puis précise jusque dans le détail, entre le processus de la coagulation du sang et le processus de l'activation de la trypsine pancréatique.

D'autres travaux se rapportent à la sécrétion de la sécrétine, l'hormone de la muqueuse duodénale qui, passant dans le sang sous l'influence de l'acide du suc gastrique, fait sécréter le pancréas.

Avant les études de Delezenne sur les venins de serpents, on attribuait, avec l'école d'Ehrlich, leurs effets toxiques à une combinaison entre un principe normal de l'organisme et un principe du venin. Delezenne démontre qu'en réalité la toxicité des venins est le résultat d'actions diastasiques dont il précise les caractères, et que le sérum spécifique agit en empêchant ces actions de se produire. En utilisant le venin de cobra, il établit que l'hémolyse déterminée par ce poison est la conséquence d'une attaque de la lécithine par une diastase du venin, aboutissant à la formation d'un nouveau corps doué d'un grand pouvoir hémolytique, la « lysocithine », qu'il réussit à isoler et dont il définit avec Fourneau la constitution chimique.

Après avoir étudié les venins et leur avoir reconnu des propriétés diastasiques si spéciales, Delezenne est amené à se demander si ces propriétés ne seraient pas inhérentes à la présence d'un métal particulier jouant le rôle de coferment spécifique. Ce métal, il le cherche et le découvre : c'est le zinc. Il constate des relations entre les quantités de zinc et l'intensité relative de certaines actions diastasiques déterminées. Enfin, recherchant méthodiquement ce métal dans le sang et les organes d'animaux variés, il démontre qu'il représente dans le règne animal un constituant cellulaire constant et dont l'abondance, tout en étant minime ailleurs que dans les venins, est comparable à celle du calcium lui-même. Il s'enquiert de sa répartition dans l'organisme, et les données qu'il recueille à cet égard lui permettent des vues pénétrantes sur le rôle physiologique du zinc dans l'économie animale.

Les qualités maîtresses que Delezenne a déployées dans la poursuite des recherches que j'ai mentionnées, on les retrouve dans tous ses autres travaux. Dans tous, une admirable maîtrise se dénote par la perspicacité de l'intuition initiale, par l'impeccable précision des analyses, par la largeur et en même temps la stricte exactitude des généralisations, par l'intérêt et la justesse des rapprochements établis entre des phénomènes appartenant à des domaines différents de la biologie.

« Il était singulièrement intéressant, ai-je dit ailleurs, d'observer Delezenne dans son laboratoire, soit qu'il manipulât lui-même avec une délicatesse, une minutie, une continuité d'attention sans relâche, soit qu'il suivît des yeux et guidât de ses conseils une expérience effectuée par un de ses collaborateurs, soit qu'il se promenât à pas lents, le front penché, méditant sur quelque problème, soit que, dans l'intimité d'un entretien familier, il délibérât sur une question de physiologie avec sa lucidité coutumière. On le sentait possédé par le démon de la recherche, encore qu'il se détendît par moments dans une expansion de gaîté juvénile.

« A voir opérer l'ouvrier, on comprenait l'étendue et la qualité de l'œuvre. Elle est grande et belle. Elle jouit d'une renommée mondiale dans les milieux scientifiques, ayant été appréciée à l'étranger autant qu'en France, si ce n'est plus. Un des caractères essentiels de cette œuvre est sa solidité. Les travaux qui la constituent ont reçu des confirmations de toutes parts, et il est douteux qu'on y puisse jamais relever même une erreur de détail, tant la méthode de Delezenne fut sûre et sa conscience sévère. »

L. Hallion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mai 1932.

Remarques sur la mastication et l'action dynamogénique locale des aliments. — M. L. Pron expose les deux points suivants : 1° La mastication prolongée entraînant, de façon constante, une augmentation de la sécrétion gastrique, celle-ci doit être déconseillée aux hyperchlorhydriques qui doivent prendre une nourriture demi-solide ne demandant qu'une mastication rapide et un travail mécanique réduit à l'estomac.

2° Les aliments, outre leur action sur la sécrétion et la sensibilité, exercent sur la musculeuse gastrique et surtout sur le plexus solaire une action d'ordre physico-dynamique. Cette action stimulante est maxima avec la viande grillée, moyenne avec le poisson, légère avec les purées de légumes, nulle avec le lait.

Le travail des infirmes. — M. Carle Roederer, rappelant les résultats du Congrès de La Heya, l'an dernier, montre l'avance prise sur ce point par les Pays Scandinaves, évoque les belles fondations pour les enfants sans bras à Berlin et à Milan, et signale les très heureux

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

résultats donnés, en France, par l'asile Stéphanie et la Fondation franco-américaine de Berck pour les enfants infirmes. En Suisse, dans le Sanatorium-Manufacture de Rollier, à Leysin, le travail est considéré comme un appoint économique, une distraction, mais aussi comme une thérapeutique. Il est à souhaiter que la France entre plus généreusement dans cette voie et qu'aussi bien l'initiative individuelle soit renforcée par des mesures législatives.

Le lipiodo-diagnostic utérin en pratique gynécologique courante. — MM. J. Martin et J. Surmont présentent une suite de clichés et insistent sur l'utilité du lipiodo-diagnostic utérin non seulement dans la stérilité féminine, mais encore dans l'étude de la cavité utérine : malformations congénitales ou acquises, métrorrhagies, dysménorrhées, tumeurs pelviennes.

Les spasmes artériels rétiniens en pathologie générale. — M. Jean Gallois expose que le spasme artériel brutal se traduit par une perte de vision subite et plus ou moins totale ; il appelle une thérapeutique d'extrême urgence, dans les six premières heures. Le spasme atténué donne des éclipses visuelles, discrètes, des sensations de brouillard passager : il a une très grande importance pronostique générale. L'un et l'autre traduisent toujours une maladie organique, telle que lésion artérielle locale, hypertension artérielle, glaucome au début.

Quelques observations de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. Guisez, ayant publié jusqu'ici des cas de survie prolongée par la radiumthérapie dans le cancer de l'œsophage avec lésions peu étendues et encore à la phase du début, rapporte aujourd'hui des observations dans lesquelles la survie est déjà longue puisqu'elle dépasse deux ans dans la plupart d'entre elles. Dans tous ces cas, le mal était déjà très étendu et la sténose très serrée : aucun autre traitement n'a été institué que la pose du radium sous endoscopie pour irradier le cancer dans toute son étendue. Ce traitement n'est possible que lorsque la sténose admet encore la longue sonde porte-radium, et il ne donne de résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage.

Comme signes favorables, on peut citer dans les premières séances de radiumthérapie la reprise de l'appétit et l'augmentation du poids. Il est facile de constater la disparition complète de la tumeur sous endoscopie, et chez plusieurs gastrostomisés, la bouche gastrique a pu être définitivement fermée.

Valeur thérapeutique d'une simple piqûre d'aiguille dans le traitement des arthrites traumatiques et rhumatismales. — M. P. Ferreyrolles rappelle que la peau n'est pas seulement un revêtement protecteur, une barrière entre le monde extérieur et les tissus, elle est bien plus que cela. Par une action simple et directe sur elle, on peut soulager la douleur et guérir. Exposant quelques-uns des résultats qu'il a obtenus par la thérapeutique millénaire chinoise de l'acupuncture. M. Ferreyrolles décrit une méthode de traitement des arthrites traumatiques et rhumastismales. Par une simple piqure d'aiguille, en des points donnés pour une articulation donnée, il obtient la mobilisation instantanée et sans douleur de l'articulation malade, en même temps que la récupération fonctionnelle du membre, chaque fois qu'il n'existe pas d'anomalie radiologique apparente.

Phlébectasies nécessitant des techniques thérapeutiques spéciales. — M. Filderman présente un malade atteint d'un complexe toxémique et endocrinien s'étant manifesté par des hémorroïdes, des arthroses, des lésions unguéales de presque tous les doigts et orteils, des crises prurigineuses, de l'intertrigo digital et inguinal, des lésions psoriasiformes du gland. Les traitements classiques n'ayant pas réussi, un résultat fut obtenu par l'hémocrinothérapie cortico-surrénale.

Epithélioma métastatique du maxillaire inférieur d'origine rénale. — M. Dechaume rapporte l'observation d'un patient venu consulter pour une tuméfaction du maxillaire inférieur, dans le voisinage des apex de la première grosse molaire. La radiographie, puis l'extraction, confirmèrent que cette dent n'était pas en cause. Les examens de sang furent négatifs.

Le malade qui disait avoir, depuis trois semaines, un ganglion dans la région sus-claviculaire droite, vit apparaître successivement deux nodules ; l'un dans la paroi thoracique, l'autre dans la paroi abdominale. La biopsie du nodule de la paroi thoracique montra qu'il s'agissait d'une métastase d'une tumeur rénale. L'examen clinique permit de localiser cette tumeur à gauche. Le malade mourut dans le mois qui suivit.

P. Prost.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 24 mai 1932.

Un cas de tuberculose mandibulaire atypique. — MM. Thibault et Lebourg présentent l'observation d'un malade qui, atteint de tuberculose pulmonaire, a évolué au niveau de la mandibule une tumeur d'aspect ulcéro-végétant de nature tuberculeuse.

Deux observations de tuberculose ulcéreuse et ulcéro-végétante de la mandibule. — M. Crocquefer présente deux observations qui s'apparentent, l'une à celle des auteurs précédents, l'autre à l'observation du Dr Dechaume publiée dans la séance précédente. Il pense que ces formes de tuberculose mandibulaire sont dues à une inoculation du bacille de Koch au niveau de plaies opératoires ouvertes dans la cavité buccale.

Un cas de fracture horizontale haute de la mâchoire supérieure consolidée en position vicieuse. — MM. Dufourmentel, Darcissac et Hennion présentent un malade qui, porteur de cette lésion, a été guéri par une résection du condyle et le traitement prothétique ultérieur.

Lichen plan buccal, conséquence allergique d'une mycose tégumentaire et buccale. — M. Jausion pense que le lichen plan est une mycose. Il obtient une amélioration rapide des lésions par l'injection d'un vaccin polymycosique que l'auteur dénomme clasine.

Classification des tumeurs d'origine dentaire. — MM. Bercher et Codevelle présentent une nouvelle classification de ces tumeurs basée sur l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Radiothérapie dans les lésions cellulaires cervico-faciales d'origine bucco-dentaire. — MM. Giraudot et Dechaume affirment que l'action de la radiothérapie est supérieure dans ces cas à la diathermie et aux infrarouges.

REVUE DES CONGRÈS

SEMAINE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

(27 juin au 3 juillet 1932).

A propos des cancers de la peau.

Par **P. Degrais**, assistant de radiumthérapie.

S'il est incontestable que nous soyons chaque jour mieux armés contre le cancer, ou, plus exactement, que nous renforcions les moyens de défense en les utilisant mieux et en cherchant à les adapter plus à propos, il n'en reste pas moins évident que, trop souvent encore, nous ne parvenons pas à vaincre le cancer, parce que nous arrivons trop tard.

En ce qui concerne les organes profonds, si les signes avant-coureurs signalés au public doivent le plus souvent éveiller son attention, il est possible, toutefois, qu'ils fassent complètement défaut.

Ainsi donc, les efforts tentés dans le but du dépistage précoce qui doit conduire au succès resteront malgré tout, dans de trop nombreux cas, stériles.

Mais, à côté des organes profonds, il y a la peau qui, par sa vaste étendue, offre un champ largement ouvert à l'éclosion du cancer; les irritations chroniques, les brûlures, les cicatrices ne viennent-elles pas préparer le terrain et, de fait, les mains et surtout la face, avec encore des points d'élection pour les régions les plus exposées, ne fournissent-elles pas un énorme appoint dans la proportion des cancers cutanés ?

Or, pour ceux-ci, aucune excuse dans le diagnostic tardif, aucune excuse dans le choix de traitements inopérants.

Cependant l'existence de figures ravagées par suite d'insouciance ou du fait de traitements insuffisants nous incite à parler ici du dépistage facile, obligatoire, puisqu'il s'offre à la vue, afin que désormais ne puissent plus se voir les lamentables spectacles de lésions qui par leur étendue, par leur extension et leur propagation destructive rendront vains tous les efforts thérapeutiques alors qu'au début le succès était assuré.

Dans certains cas, ce n'est même pas au cancer organisé que nous devrions nous attaquer, mais à des lésions bénignes encore, qui ne contiennent en elles que la possibilité de transformations malignes et que nous dénommons les lésions précancéreuses.

Nous voulons donc inspirer la méfiance dans l'esprit du public pour ce qu'il est trop facile et commun d'appeler un « bouton » et lui apprendre à s'en défier.

Certes, nous ne voulons pas parler des efflorescences juvéniles de courte durée, mais bien de ces taches croûteuses ou un peu saillantes, apanage de l'âge mûr, que l'ongle se complaît à faire tomber facilement, mais qui se reforment avec une inlassable persévérance.

Devant cette guérison quasi spontanée, les malades passent par des alternatives d'inquiétude et de tranquillité, celle-ci annihilant rapidement les énergiques résolutions prises au stade antérieur.

Seul un avis autorisé émanant d'un médecin connaissant le devenir de ces lésions précancéreuses peut mettre fin à cet état cellulaire que l'ongle, par ses irritations chroniques, se charge de dévier définitivement vers la malignité.

Parfois, sans que ce stade ait existé, la lésion semble se montrer d'emblée croûteuse, et le grattement même léger fait sourdre du bouton négligé une gouttelette de sang. Le malade ne se borne pas en ce cas à l'irritation unguéale, il veut de lui-même mettre en œuvre un traitement, et nous assistons alors aux méfaits surajoutés du crayon de nitrate d'argent et le plus souvent de la teinture d'iode. Quelle erreur, quelle incompréhension néfaste de l'iode capable par ailleurs de rendre des services considérables !

Ainsi donc ne faut-il pas considérer comme quantité négligeable ces petites lésions cutanées rebelles qui siègent sur le nez, là où serre le binocle, là où portent les lunettes, aux angles des yeux, sur le front, sur les oreilles, et encore moins aux lèvres.

Dès leur éclosion, elles sont visibles, le mutisme des organes profonds n'est plus à redouter, puisque, dès que la déviation cellulaire existe, l'œil nu exercé, aidé si besoin est de la loupe, suffit à étouffer dans l'œuf cette puissance inlassablement destructive, capable de ronger toute une face.

Encore que s'il est nécessaire, une minime parcelle de tissu confiée au microscope éclairera d'une façon absolue diagnostic et traitement; car celui-ci doit être mis en œuvre rapidement et énergiquement.

Plus de *noli me tangere*, formule de prudence au temps où mieux valait s'abstenir que de recourir à des moyens d'attaque insuffisants ou imparfaits; mais aujourd'hui les moyens de défense sont bons et puissants quand nous pouvons les opposer aux lésions débutantes, avec la plupart du temps des cicatrisations ne laissant aucune trace.

A ces conseils de sagesse que nous donnons au public, nous devons en regard, évidemment, offrir une éducation médicale adaptée aux temps actuels.

Il n'est en effet pas douteux que celle-ci, difficile à se parfaire dans les grands services généraux, sera complétée par des stages dans les centres spéciaux où elle pourra se familiariser avec les lésions précancéreuses ou cancéreuses au début; le cancer étendu de la peau, opprobre de la médecine, doit dans un avenir très rapproché disparaître des consultations si, comme nous l'espérons, les conseils de raison que nous donnons au public sont suivis.

Ce que tout femme doit savoir, concernant le cancer de l'utérus.

Par le Professeur **Emile Forgues**, directeur du Centre anticancéreux de Montpellier, membre correspondant de l'Institut.

Femmes, qui approchez de la quarantaine, et qui, anxieusement, épiez les premières rides ou le premier cheveu grisonnant, veillez, veillez bien plus attentivement, sur l'apparition de pertes irrégulières qui doivent vous mettre en garde contre une lésion en train de se développer au niveau de votre utérus.

Car le danger peut être grave. Sachez — *non pas pour vous en effrayer, mais pour y parer à temps* — que le cancer de la matrice est le plus fréquent des cancers chez la femme et qu'il en fait mourir, chaque année, plus de 25 000 en Allemagne, plus de 31 000 aux Etats-Unis, près de 20 000 en France. Représentez-vous, pour com-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

prendre la grandeur du péril, que c'est presque la population féminine adulte d'une ville comme Versailles qui, annuellement, dans notre pays, succombe à ce mal. Et ce n'est pas seulement ce risque élevé de mortalité qu'il faut considérer, c'est la tristesse de ces deuils, puisque, par un injuste destin, cette affection emporte le plus souvent des mères de famille frappées à l'âge où leur disparition vide et désorganise la maison. Car *les deux décades de la vie* les plus menacées sont celles comprises *entre la trente-cinquième et la cinquante-cinquième année* ; et, surtout, la première dizaine, comme nous l'avons établi, celle entre trente-cinq et quarante-cinq ans, est la période de plus grande fréquence.

Soyez vigilantes ; mais *soyez sans crainte*.

Ayez présent à la pensée ce conseil d'un grand chirurgien américain, Bloodgood, que nous venons d'entendre à Paris : « Si vous devez avoir peur de la maladie, *tâchez d'avoir peur dès le début de la maladie*, et que cette peur vous pousse à faire procéder à un examen spécial. » *C'est du mal qu'il faut avoir la crainte et non pas du remède.* On dit que ces avertissements au grand public peuvent, chez nous, créer une « phobie » du cancer, une hantise inquiète et obsédante. Mais l'ignorance du mal est autrement dangereuse que cette crainte anxieuse des pusillanimes : n'avez-vous pas montré, pendant la guerre que la femme française est, autant que l'anglo-saxonne, capable d'entendre la vérité et de prendre la décision nécessaire ?

D'autant qu'*à côté du signal d'alarme*, nous vous apportons *la note rassurante*. Pour vous tranquilliser, sachez et répétez, autour de vous, qu'actuellement, de tous les cancers, *le plus guérissable, s'il est pris dès son début, c'est probablement le cancer de l'utérus*. Donc, félicitez-vous d'appartenir au temps présent : les statistiques qui viennent, il y a quelques jours à peine, d'être produites devant l'Académie de médecine enregistrant une proportion de guérison stable, c'est-à-dire ayant dépassé sans récidive la cinquième année après le traitement, qui s'élève à 83 p. 100 pour les cas traités chirurgicalemens (c'est le chiffre indiqué par notre ami le professeur Jean, Louis Faure), et à 79 p. 100 pour ceux traités par les méthodes radiothérapiques (c'est la moyenne établis par le professeur Regaud). En gros, et en tenant compte des variations des conditions cliniques, nous pouvone dire que, en l'année présente de 1932, grâce aux progrès de la chirurgie et de la technique des radiations, nous pouvons guérir *quatre femmes sur cinq*, atteintes de cancer de l'utérus : il y a douze ans à peine, nous, chirurgiens, nous ne dépassions guère un pourcentage de guérison de 40 p. 100, et les plus compétents dans la radiothérapie n'atteignaient qu'une moyenne de 30 à 35 p. 100.

Mais, entendez-nous bien ; ces résultats, autrefois inespérés, et si consolants, *dépendent d'une condition absolue* ; si le cancer de l'utérus est celui qui guérit le mieux, qui égale en tout cas la moyenne de curabilité des plus favorables, comme le cancer de la lèvre, *il ne guérit qu'autant qu'il est traité de bonne heure* : ce n'est pas une question de mois ; c'est dès les premières semaines de son évolution, de sa manifestation par les premiers signes, les plus réduits, c'est dès lors les premiers jours suivant sa découverte par un examen clinique, confirmé par l'examen microscopique, signe de certitude, qu'il est nécessaire de le combattre.

Donc, *même en l'absence de toute douleur* (car le cancer de l'utérus qui fait souffrir est déjà incurable), *ou de toute altération apparente de la santé générale* (parce que des femmes peuvent avoir un teint normal, sans amaigrissement et sans perte de forces, et cependant porter un cancer très avancé), votre attention doit être éveillée par les moindres pertes de sang irrégulières.

Ne vous laissez pas retarder ou détourner par les préjugés populaires qui, comme une muraille d'ignorance, s'interposent trop souvent entre la malade et ses chances de guérison.

Combien de cas s'aggravent, jusqu'à l'incurabilité, *par la négligence, la fausse pudeur, la crainte de la vérité et la décision indispensable* ! La négligence ! Méfiez-vous des avis des voisines, des matrones, des racontars : « J'étais comme vous, vous dira-t-on, et cela a passé tout seul. » Quand nous demandons quelles raisons ont fait retarder la consultation et laissé passer l'heure précoce du traitement, ce sont, hélas ! toujours les mêmes réponses négligentes qui nous sont faites : « Cela ne me faisait pas souffrir et je ne croyais pas à la gravité du mal. » Ou bien, quand il s'agit de femmes au voisinage de la ménopause : « Je pensais que ces pertes dépendaient de l'âge critique et qu'elles cesseraient après l'âge critique. »

Que de victimes a faites ce *préjugé du retour d'âge* ! Combien sont mortes parce qu'elles ont cru au charlatanisme, aux réclames de la quatrième page des journaux, aux élixirs extraits de plantes, aux formules d'abbés qui guérissent toutes les maladies de la femme, à toutes les drogues de l'âge critique ! Combien ont, par une fausse pudeur ou par appréhension de la chirurgie, reculé devant l'examen qui, seul, peut vous indiquer ou la nécessité du traitement urgent, ou l'assurance de l'état normal !

Si, négligeant l'avertissement des premiers symptômes des pertes sanguines irrégulières et ajournant l'examen médical, vous perdez du temps, le mal, lui, n'en erdra pas. Il dépassera rapidement la période de lésion locale, circonscrite, celle où il est guérissable, dans la très rassurante proportion que nous vous avons indiquée, pour s'étendre au delà de l'utérus, gagner les ganglions : à ces degrés, tout a changé très défavorablement. Les résultats de la chirurgie sont devenus médiocres : la moyenne de guérison, pour les cas encore à la limite de l'opérabilité, tombe brusquement à moins de 40 p. 100 ; ceux des radiations, pour la même catégorie, ne valent guère mieux. Puis, c'est l'inopérabilité où seules peuvent intervenir des méthodes radiothérapiques ; alors, le mal s'est infiltré sur les côtés de l'utérus, dans les espaces cellulaires ou vers le vagin ; les radiations peuvent sauver encore une femme sur cinq ; mais, quand l'infiltration s'est étendue davantage, ni le radium, ni les rayons X ne peuvent apporter de salut.

Or, à l'heure actuelle, malgré notre propagande, nos conférences, nos tracts, nos « garde à vous », savez-vous quelle est, par rapport au total de nos consultantes, la proportion des femmes qui nous arrivent à temps, de celles dont le mal, au premier degré de son évolution, est pris au début et pour lesquelles nous pouvons espérer la chance d'une guérison, dans la merveilleuse proportion de 70 à 80 p. 100, vers laquelle nous devons tendre ? A

peine le cinquième ; et, dans nos centres qui reçoivent les cas avancés, cette proportion tombe au-dessous du dixième des femmes examinées ! C'est dans l'indifférence, dans les préjugés, dans les retards des malades que réside notre plus grave obstacle. Nous, médecins, par les perfectionnements techniques de la chirurgie ou des radiations, nous pouvons, dès maintenant, si vous nous arrivez à temps, vous assurer la guérison ; mais il faut que vous arriviez de bonne heure ; et *ce progrès dépend surtout de vous.*

Comment éviter et comment guérir les cancers de l'utérus.

par le Dr **Cl. Regaud**, de l'Académie de médecine, directeur du Laboratoire Pasteur à l'Institut du Radium.

1° Le cancer de l'utérus est le plus fréquent des cancers internes qui atteignent la femme ; mais c'est un de ceux qu'il serait très souvent possible d'éviter, et qu'on pourrait (s'il était traité à temps) presque toujours guérir.

2° Dans la grande majorité des cas, le cancer de l'utérus atteint des femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, ou qui, sans avoir enfanté, ont eu une inflammation chronique de la matrice, dont un signe important est l'écoulement chronique de glaires ou de muco-pus.

Pour éviter le développement du cancer, il faut donc guérir toute inflammation de l'utérus, toute « métrite chronique » : cela est l'affaire des médecins qualifiés pour le traitement des maladies des femmes, autrement dit des gynécologues.

Mais toute métrite chronique, même non complètement guérie, ne donne pas naissance à un cancer, loin de là. Il faut donc apporter la plus sérieuse attention aux premiers signes du cancer, afin de dépister celui-ci alors qu'il est encore très petit.

3° Le seul symptôme extérieurement apparent d'un cancer de l'utérus à son début, c'est l'écoulement d'un peu de sang en dehors des périodes menstruelles, à l'occasion d'un traumatisme, même le plus petit et le plus physiologique. Ce signe doit alerter une femme et la décider à se faire examiner. Il s'en faut de beaucoup, pourtant, qu'une hémorragie utérine intempestive soit toujours un signe de cancer ; très fréquemment, elle traduit l'une ou l'autre de diverses conditions anormales, mais bénignes, notamment le fibro-myome de l'utérus. Par contre, il peut arriver qu'un cancer de l'utérus se développe sans donner lieu, pendant quelque temps, à aucune hémorragie appréciable.

4° Le seul moyen pratique et efficace de dépister un cancer de l'utérus près de son début, c'est de recourir à l'*examen périodique* fait par un médecin compétent. Il faut que toute femme, qui a été mère ou qui a eu une inflammation même bénigne de l'utérus, prenne l'habitude de se faire examiner deux fois par an. Et par qui ? par l'accoucheur ou la sage-femme qui l'a assistée, ou par un spécialiste. La sage-femme, si elle reconnaît quelque chose d'anormal, enverra sa patiente au spécialiste. Celui-ci saura faire les explorations nécessaires, y compris (s'il y a lieu) le prélèvement d'un fragment de tissu pour une analyse microscopique.

5° Sauf les cancers de la peau, il n'y a pas de cancer qui guérisse plus souvent que le cancer de l'utérus, s'il est traité à temps et correctement.

Les cancers du *corps* de l'utérus doivent être de préférence traités par l'opération chirurgicale.

Les cancers du *col* de l'utérus sont beaucoup plus communs que ceux du corps. Ils ne donnent de nombreux succès par l'opération que s'ils sont tout à fait au début. Et, même à ce stade, ils guérissent plus souvent, plus simplement et plus vite par le radium.

Un cancer du col qui n'est plus tout à fait au début doit être traité par l'association de méthodes radiothérapiques internes et extérieures.

6° Le traitement des cancers de l'utérus par le radium et par les rayons X est, dans son genre, aussi difficile que l'hystérectomie. Il exige de celui qui l'entreprend la possession d'une instrumentation adéquate, une compétence spéciale et une grande expérience.

7° Dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic précoce et le traitement correct abaisseraient des trois quarts au moins la mortalité due au cancer de l'utérus, si l'on réalisait une bonne organisation de nos moyens, et si les femmes savaient et voulaient les mettre à profit.

NOUVELLES

Lsite des prix à décerner en 1932. — (BOURSES DE FONDATIONS, BOURSES DE DOCTORAT, BOURSES MUNICIPALES).— Bernheim, 1 200 francs. Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). 15 octobre 1932.

Segond, 5 000 francs. Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. 15 octobre 1932.

Déroulède, 1 000 francs. Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. 15 octobre 1932.

Monthyon, 4 000 francs. Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1931. 15 octobre 1932.

Girard, 3 000 francs. Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. 15 octobre 1932.

Saintour, 10 000 francs. Prix dont le sujet sera désigné par la Faculté. 15 mai 1933.

Barbier, 6 000 francs. Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. 15 octobre 1932.

Chateauvillard, 3 600 francs. Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). 31 janvier 1933.

Jeunesse, 4 500 francs. Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène. 15 octobre 1932.

NOUVELLES *(Suite)*

Jeunesse, 1 400 francs. Prix au meilleur ouvrage sur l'histologie. 15 octobre 1932.

Behier, 3 500 francs. Prix à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. 15 octobre 1932.

Bernard Laignel-Lavastine, 1 000 francs. Prix à un travailleur méritant choisi par le professeur d'anatomie parmi ses collaborateurs. 15 octobre 1932.

Lannelongue, 700 francs. Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. 15 octobre 1932.

De Rothschild, 2 500 francs. Bourse à deux étudiants, de préférence israélites. 15 octobre 1932.

Carville, 2 000 francs. Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. 15 octobre 1932.

Demarle, 1 000 francs. Prix annuel à un étudiant méritant. 15 octobre 1932.

De Trémont, 2 500 francs. Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. 15 octobre 1932.

Veret, 700 francs. Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. 15 octobre 1932.

Anonyme, 3 100 francs. Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. 15 octobre 1932.

Hervieux, 3 500 francs. Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. 15 octobre 1932.

Dieulafoy, 7 000 francs. Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. 15 octobre 1932.

Serge Henri Salle, 200 francs. Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité.

Seligmann, 10 000 francs. Bourse destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin. Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). 15 octobre 1932.

Faucher. Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. 15 octobre 1932.

Les demandes établies sur papier timbré à 3 fr. 60 (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à la Faculté, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Bourses de doctorat. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de 1re année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la note 75 à l'examen P. C. N. (certificat d'études physiques, chimiques et naturelles) ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie, ou l'histoire naturelle, et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien » ou une « bien » et une « assez bien ».

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études, sont données au concours pour un an.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les concours ont lieu annuellement au siège des Facultés mixtes et des Facultés de médecine et de pharmacie, dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

Pièces à fournir : A. Pour les boursiers de 1re année :

1° Demande sur papier timbré à 3 fr. 60 ;

2° Notice individuelle (imprimé fourni par la Faculté) ;

3° Extrait du rôle des contributions ou certificat de non-imposition ;

4° Certificat indiquant les notes obtenues au baccalauréat ;

5° Certificat indiquant le nombre de points obtenus au P. C. N. ;

6° Bulletin de naissance.

II. Pour les boursiers devant prendre part au concours :

1° Demande d'inscription au concours, sur papier timbré à 3 fr. 60 ;

2° et 3° (comme ci-dessus).

Les pupilles de la Nation peuvent obtenir des bourses de doctorat sans concours, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues par l'arrêté du 15 mai 1927.

Les demandes rédigées sur papier libre et accompagnées des pièces indiquées ci-dessus, doivent être *adressées à la Faculté* munies de *l'avis de l'Office départemental des Pupilles de la Nation* dont dépend le candidat.

Les demandes de bourse de 1er année et celles des pupilles de la Nation ne participant pas au concours devront parvenir *complètes à la Faculté* avant le 15 juillet.

Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1932.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

NOUVELLES *(Suite)*

Association internationale des hôpitaux. — Cours de perfectionnement sur la technique des hopitaux. — Siège : hôpital municipal et universitaire de Francfort (Allgemeine Stædtische und Universitæts-Krankenanstalten, Frankfurt am Main, Süd10, Eschenbacherstr, 14).

Durée : du 29 septembre au 8 octobre 1932.

Droit d'inscription : 30 marks pour le cours entier ou 5 marks par journée prise isolément.

Adresser les inscriptions de préférence avant le 1er juillet 1932, au Geheimrat Dr Alter, 5, Moorenstrake Dusseldorf, Allemagne.

L'hôpital municipal se charge de procurer le logement.

Les cours sont organisés d'après le principe que le professeur doit apprendre en même temps qu'enseigner et l'auditeur enseigner en même temps qu'apprendre.

Ils se composent de leçons d'une durée maximum de quarante-cinq minutes, de démonstrations, de visites et de discussions.

Programme. — Jeudi 29 septembre : L'éclairage et la ventilation, la stérilisation et la désinfection à l'hôpital. MM. les Drs Dujarrie de la Rivière (Paris), Konrich, professeur (Berlin).

Vendredi 30 septembre : Le recrutement du personnel soignant et ses examens de capacité. Mlle Christiane Reimann (Genève), Mlle Delagrange (Paris), M. le Dr Alter (Dusseldorf).

Samedi 1er octobre : La standardisation de l'administration de l'hôpital et le contrôle qu'elle exerce sur sa propre gestion. MM. le directeur L. Urwick (Genève), les Drs Frey, directeur d'hôpital (Berne), Cleyndert, directeur d'hôpital (Delft).

Dimanche 2 octobre : Visites.

Lundi 3 octobre : La physiothérapie. MM. les Drs Iredell, professeur (Londres) ; Grober, professeur (Jena) ; Jakimiak, directeur d'hôpital (Varsovie) ; Strassburger.

Mardi 4 octobre : L'alimentation des malades et le transport des repas dans l'hôpital. MM. les Drs Oster; directeur d'hôpital (Strasbourg) ; Von Soos (Budapest). Wirth, directeur d'hôpital (Francfort).

Mardi 5 octobre : Le linge, la buanderie, le linge infecté, Mme H. Bouwmeester, directrice d'hôpital (Hellendoorn) ; MM. M. K. M. Nielsen, directeur d'hôpital (Copenhague) ; Krischer, directeur (Berlin).

Jeudi 6 octobre : Les rayons X et le radium à l'hôpital. MM. les Drs Holfelder, professeur (Francfort) ; I. H. D. Webster (Londres) ; Tomanek (Prague).

Vendredi 7 octobre : Les fautes de construction des hôpitaux. MM. H. Distel (Hambourg), H. Cederström (Stockholm), Sir John Burnet (Londres), Albert (Zlin).

Samedi 8 octobre : Le rôle préventif de l'hôpital. MM. les Drs Frank G. Boudreau, Comité d'hygiène, Société des Nations (Genève) ; Th. Gruschka (Aussig) ; René Sand (Paris et Bruxelles).

Travaux pratiques de chimie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à la Faculté de médecine à partir du 17 octobre 1932.

A cette série pourront s'inscrire : 1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque. 4° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques, en chimie biologique et pathologique, avant la session d'examens du mois de novembre. Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures à partir du 3 octobre 1932.

La crémation en France. — La Société française pour la propagation de l'incinération (secrétaire général : professeur G. Barrier, de l'Académie de médecine, 4, rue Bouley à Alfort, Seine), fondée en 1880, et présidée par le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine et président du Conseil supérieur d'Hygiène de France, vient de faire paraître son bulletin annuel. Nous y apprenons qu'au cours de la dernière année, 1 245 incinérations ont été effectuées dans les six crématoires français (Paris, Lyon, Marseille, Reims, Rouen et Strasbourg).

En comparaison avec les années précédentes, la progression est due certainement à la pénétration de plus en plus dgrande des vérités d'hygiène et d'urbanisme qui sont la raison d'être de ce mode de sépulture et aussi aux moindres frais qu'il occasionne aux familles, toutes choses égales d'ailleurs, lorsque les tarifs des municipalités ne sont pas trop élevés.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

22-27 Aout. — *Copenhague.* Congrès International de psychologie.

29 Aout. — *Rome.* Congrès International de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andréa Della Dame Naples 21).

5 Septembre. — *Mannheim.* XXVIIe Congrès de la Société allemande d'orthopédie.

5 Septembre. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 Septembre. — *La Haye.* Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 Septembre. — *Pougues.* Date et lieu de concentration des participants au V. E. M.

9 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Bucarest.* IXe Congrès international d'histoire de la médecine.

10 Septembre. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

10 Septembre. — *Rours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 Septembre. — *Dijon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Dijon.

11 Septembre. — *Poitiers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers.

12 Septembre. — *Milan.* IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tomarkin, Locarno.

12 Septembre. — *Amsterdam.* Congrès de médecine tropicale.

18 Septembre. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 Septembre. — *Vichy.* Congrès de la lithiase biliaire

20 Septembre. — *Marseille.* Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

SUR LE P C N ET LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Par Paul CHEVALLIER
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Cochin.

De tous côtés on parle de la réforme des études médicales. Parmi les questions qui retiennent surtout l'attention, le P. C. N. est au premier plan. Les pires campagnes sont déclenchées contre ce pelé, ce galeux. Sous l'influence de quelques meneurs qui brandissent des théories, les associations scolaires réclament sa mort ; la plupart des étudiants n'y voient guère, d'ailleurs, que la suppression d'un examen gênant. Les parents font chorus : on ne peut les blâmer ; une année de moins servirait fort opportunément leurs intérêts pécuniaires. Les syndicats médicaux emboîtent le pas. Les moins ardents ne sont pas les professeurs — ou la plupart des professeurs — des Facultés de médecine. A vrai dire, ceux-ci ne considèrent pas toujours le problème sous le même aspect que les autres. Une de leurs revendications principales est que l'enseignement aujourd'hui donné par des professeurs des Facultés des sciences soit confié à des professeurs des Facultés de médecine, qui connaissent mieux les besoins des étudiants.

J'ai lu et entendu bien des diatribes contre le P.C.N., aucune ne m'a convaincu. Je reste partisan de ce maudit et j'estime même qu'il convient de le renforcer.

***

La question n'est que celle de la culture générale.

Presque tous se rendent compte qu'il est nécessaire au médecin de posséder une forte culture d'histoire des civilisations et de philosophie, en d'autres termes, de faire des humanités classiques complètes. Je ne partage pas la superstition du latin et je crois que l'intelligence peut être parfaitement « cultivée » par toute étude, pourvu que la matière en soit enseignée à fond, et non pour elle-même, mais comme prétexte à de multiples et variées réflexions. Encore que les « humanités » actuelles soient plutôt comprises comme un bourrage de cerveau que comme un exercice intellectuel, bien qu'aussi elles fassent trop de place au littératurisme et négligent volontiers le fond même de leur objet, qui est l'étude des réactions de l'âme humaine et la mise en valeur de ses aptitudes, ces humanités imparfaites représentent le dernier bastion de l'intellectualité et doivent être exigées des futurs médecins.

Mais sous peine de n'être que des commerçants qui vendent de la médecine comme ils vendraient des cravates ou des sardines à l'huile, les médecins ont, en même temps, un *besoin absolu d'une forte culture scientifique.* Il serait oiseux de discuter que le bachot « Sciences » est parfaitement insuffisant.

Donc, le P.C.N. doit subsister — et doit subsister comme culture GÉNÉRALE, c'est-à-dire débarrassé de ces préoccupations utilitaires qui sont justement le but par excellence des Écoles de médecine. On a beau appeler Facultés les écoles de médecine, il n'en reste pas moins qu'elles sont des *écoles d'applications*, des *écoles techniques*. Les recherches originales qui se poursuivent dans leurs locaux méritent évidemment d'être énergiquement soutenues et encouragées, mais elles ne peuvent, en réalité, être comparées qu'à l'exégèse dans un séminaire de prêtres.

A mon humble avis, les études médicales devraient être ainsi organisées :

1. Baccalauréat philosophie ;

2. *Culture* GÉNÉRALE *biologique* (deux ans).

Première année : Physique et chimie, Histoire générale de ces sciences. J'ai la faiblesse de penser que l'histoire des errements et des progrès d'une science fait plus pour l'esprit, et le prépare mieux à comprendre et à *appliquer* cette science, que l'instruction expérimentale qui est aujourd'hui tyrannique. L'instruction expérimentale reste vide et inféconde si l'élève n'a pas remué la philosophie de la science.

Seconde année : Biologie, Botanique, Zoologie, Anatomie plus détaillée des mammifères supérieurs, Physiologie, Histoire de ces sciences.

Il est tout naturel qu'on insiste sur les principes et les faits qui seront les plus utiles au médecin, mais il ne conviendrait pas de discuter sur des applications diagnostiques ou thérapeutiques précises.

Il me paraît parfaitement indifférent que l'enseignement soit donné par des « sorbonnards » ou par des professeurs ou agrégés des Facultés de médecine. Il est d'ailleurs de notoriété publique que les personnalités qui, dans les Facultés de médecine, sont chargées d'apprendre aux étudiants les sciences dites accessoires, ont exactement les mêmes qualités éminentes, et peut-être aussi les mêmes petits défauts, que les professeurs sortis exclusivement des Facultés des sciences.

3. *Particularités de la biologie humaine. Introduction à la pathologie* (un an).

Troisième année : Anatomie médicale et chirurgicale, Compléments de physiologie, Histoire des doctrines médicales, Pathologie générale : infections, intoxications.

4. *Enseignement de la pratique de la médecine* (quatre ans).

VARIÉTÉS *(Suite)*

L'étudiant ne quitte plus l'hôpital, où il n'était encore jamais allé.

Le matin, il examine des malades, collabore aux autopsies, suit la visite des chefs de service, et apprend la petite technique courante.

L'après-midi est consacré à l'enseignement méthodique des maladies et de la thérapeutique, et aussi, dans les laboratoires hospitaliers, à l'enseignement des principaux procédés utiles au diagnostic et à la compréhension des maladies.

Quatrième année. Médecine.

Cinquième année : Chirurgie.

Sixième année : Médecine.

Septième année : Étude sommaire des spécialités.

Enfin, thèse.

***

Dans ce cyle purement professionnel, l'organisation du travail est très importante. Elle est aujourd'hui mauvaise.

Une Faculté a-t-elle pour mission d'être un garde-chiourme? Son devoir est : 1° de faire en sorte que tout élève puisse s'instruire avec facilité ; 2° vérifier, par des examens, que l'élève est suffisamment instruit.

La multiplicité actuelle des stages imposés et des travaux pratiques obligatoires n'a pas donné ce qu'on en avait espéré ; aucun de ceux qui font passer des examens ne me contredira. Il est parfaitement indifférent qu'un étudiant ait appris ici ou là ce qu'on lui demande de savoir, seul importe qu'il le sache.

Donc :

a. Création d'un excellent *office de renseignements* ouvert du matin au soir.

b. Nombre suffisant de services bien organisés pour l'enseignement, où le nombre des étudiants soit limité pour éviter l'encombrement funeste. L'élève s'inscrit où il veut, dans la limite des places disponibles. Pour les spécialités, aucun stage imposé, mais des séries de stages ouverts à tous sous les conditions précédentes,

c. Nombre suffisant de laboratoires hospitaliers, dirigés par des savants compétents, et répartissant l'enseignement en séries : l'étudiant s'inscrit à celle qu'il préfère dans la limite des places disponibles. Il serait encore mieux que les travaux de biologie appliquée soient intimement liés aux études cliniques.

Il est bien entendu que l'enseignement des spécialités n'a pas pour but de faire des spécialistes, mais d'apprendre aux élèves ce qui, dans toute spécialité, doit être du domaine de la médecine générale.

Les spécialistes proprement dits ne peuvent être formés — on l'a dit bien souvent — dans le cours régulier des études. Chaque spécialité demande un enseignement complémentaire de deux à trois ans, où nul ne sera admis s'il n'a pas terminé sa scolarité normale. Le spécialiste a une fonction bien déterminée, celle d'un dépanneur, comme on dit en automobilisme, et ne saurait se substituer au médecin général qui, moins hypertrophié d'une case, conserve du malade une vision plus complète et dirige la santé d'un jugement plus sûr.

***

Ce programme ne pourrait être bien réalisé que par une entente complète entre les administrations hospitalières et les Facultés ou Écoles de médecine. En trop de villes, aujourd'hui, les deux autorités se juxtaposent ou se pénètrent sans cesser de se méconnaître. Aucune des difficultés qui se dressent ne sont cependant vraiment importantes. Sans doute seraient-elles plus faciles à résoudre si les soins des malades et les établissements d'enseignement médical dépendaient du même ministère de la Santé publique. Cette réforme s'impose. Les Facultés de médecine ne consentiront jamais à ne plus faire partie de l'Université. Mais la refonte des Universités est nécessaire : elles doivent comprendre non seulement les écoles supérieures qui dépendent de l'Instruction publique, mais encore celles qui ressortissent d'un autre ministère (École polytechnique, etc.) et même des établissements indépendants (Institut Pasteur, etc.) La question peut être réglée sans trop de mal, pour peu qu'on cherche des formules adéquates, dont l'habileté ne dépasse pas les forces d'une intelligence moyenne aiguisée.

Reste, en particulier pour Paris, la querelle de l'externat et de l'internat. L'externat doit être assimilé aux études du cycle de pratique médicale et nul ne devra s'y présenter sans avoir ses quatre premières années de scolarité. L'internat est, en fait, un enseignement médical supérieur : nul étudiant ne saurait être interne s'il n'a fini les six premières années de scolarité. Il serait facile d'obtenir du directeur de l'Assistance publique un règlement pareil, qui profiterait autant aux études qu'aux malades.

Je crois utile, enfin, une réforme des examens. L'examen devrait contrôler non seulement le savoir de l'élève, mais encore la valeur de l'enseignement. Que l'examinateur tienne compte des notes données à l'étudiant par le professeur, rien de plus naturel. Mais il est abusif que le professeur interroge lui-même sur son propre enseignement. A côté des professeurs, devrait exister un corps d'examinateurs ; nombre de praticiens très estimés, quand

---

VARIÉTÉS *(Suite)*

l'âge restreint leur activité professionnelle, seraient heureux d'accepter cette mission de confiance.

La réforme des études médicales justifierait encore bien d'autres considérations. J'ai résumé les plus importantes. Il n'en est guère, s'il en est, qui me soient personnelles. Je n'ai cité aucun nom, afin d'échapper au reproche d'avoir, par le contexte, déformé telle ou telle opinion (1).

(1) Depuis que cette note a été rédigée, sont parus un nombre considérable d'articles et les projets remarquables du professeur Roussy. Si j'avais écrit aujourd'hui, j'aurais changé la forme d'un grand nombre de paragraphes, mais le fond eût été le même.

LA MÉDECINE AU PALAIS

ACCIDENTS AGRICOLES ET FRAIS MÉDICAUX

M. Yvon, agriculteur et assujetti bénévole à la loi du 15 décembre 1922, avait été victime, le 14 août 1925, d'un accident au cours de son travail.

Il fut soigné à la clinique du Dr Plaisant, auquel il avait payé 524 fr. 20 sur lesquels 500 francs lui avaient été remboursés le 6 mai 1926 par la Compagnie la Protectrice qui l'assurait contre les accidents personnels pouvant lui survenir dans l'exercice de ses fonctions.

Le Dr Plaisant intenta un procès en 1928 en paiement de 1 000 francs d'honoraires et de 1 000 francs de dommages-intérêts ; et la question se posa de savoir si la prescription annale, que l'agriculteur Yvon avait opposée à la demande du médecin, s'appliquait, ou si au contraire, malgré la prescription d'un an spéciale aux accidents du travail, le médecin pouvait réclamer ses honoraires près de deux ans après le premier paiement.

Le tribunal du Mans, par jugement du 2 juillet 1929, condamna Yvon et la Société la Protectrice à payer 500 francs d'honoraires au médecin.

D'où pourvoi devant la Chambre civile de la Cour de cassation.

Le 22 février 1932, la Cour de cassation a décidé que, quand un médecin intente une action en paiement d'honoraires contre un exploitant agricole assujetti bénévole à la loi du 15 décembre 1922 et victime d'un accident du travail, cette action n'est pas celle de la loi du 9 avril 1898 définie par l'article 4.

On sait en effet que cet article accorde, contre le chef d'entreprise, au médecin qui est subrogé dans les droits de la victime, une action directe.

La Cour décide que quand il ne s'agit pas d'un accident du travail régi par la loi de 1898 et d'un médecin choisi par l'ouvrier conformément aux dispositions de cette loi ; que quand il s'agit au contraire d'un exploitant agricole assujetti bénévole à la loi de 1922, l'action du médecin ne peut être assimilée à celle spécialement prévue pour les accidents du travail par la loi de 1898.

Il en résulte que l'action du médecin est soumise non pas à la prescription annale édictée par l'article 18 de la loi de 1898, mais à la prescription de droit commun.

En effet, le jugement constatait que le Dr Plaisant avait été choisi par la victime pour lui donner ses soins ; c'était donc en vertu d'une convention librement consentie que les soins avaient été donnés et en vertu de la loi de 1898. De plus, le médecin avait poursuivi contre le blessé une action personnelle et mobilière entièrement distincte de celle de l'article 4 de la loi de 1898. Il ne pouvait donc être question de faire subir au Dr Plaisant la courte prescription spéciale aux accidents du travail, puisque l'action en vertu de laquelle il poursuivait n'était pas fondée sur la loi spéciale aux accidents du travail.

L'arrêt de la Cour de cassation du 8 février 1932 (Dall. Hebd. 1832, p. 203) contient un autre élément intéressant : l'ouvrier agricole Yvon avait opposé au médecin la prescription de droit commun de deux ans pour échapper au paiement des honoraires.

Or, au cours de la procédure, l'exploitant agricole avait reconnu qu'il n'avait pas payé les honoraires de son médecin. La Cour en a conclut, qu'il était dans l'impossibilité d'invoquer la prescription de deux ans, puisque cette prescription repose sur une présomption de paiement et puisque cette présomption se trouve détruite quand le débiteur poursuivi reconnaît même implicitement qu'il n'a pas payé.

Cette jurisprudence de la Cour de cassation est conforme à de nombreuses décisions qui repoussent le moyen tiré de la prescription toutes les fois qu'il est établi ou reconnu que le débiteur n'a pas payé.

L'arrêt de la Cour de cassation est ainsi libellé :

« La Cour,

« Sur le premier moyen :

« Attendu qu'Yvon, exploitant agricole, assujetti bénévole à la loi du 15 décembre 1922, a été, le 14 août 1925, victime d'un accident au cours de son travail ; que, soigné à la clinique du Dr Plaisant, il a payé à cet établissement une somme de 524 fr. 20 sur laquelle 500 francs lui ont été remboursés, suivant quittance du 6 mai 1926, par la Compagnie la Protectrice qui l'a assuré contre les accidents personnels pouvant lui survenir dans les conditions de la loi du 9 avril 1898 ; que sur une action postérieurement intentée, le 23 avril 1928,

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

par le Dr Plaisant en paiement de 1 000 francs d'honoraires et de 1 000 francs de dommages-intérêts, le jugement attaqué, écartant l'exception de prescription annale opposée à la demande tant par Yvon que par la Protectrice, appelée par ce dernier dans l'instance, a condamné cet exploitant à payer au médecin 500 francs pour ses honoraires.

Attendu que le jugement constate que le Dr Plaisant a été choisi par la victime pour lui donner ses soins, que c'est donc en vertu de l'engagement contractuel impliqué par ce choix et non en vertu de la loi du 9 avril 1898 que ce praticien a poursuivi contre son client l'action personnelle et mobilière en payement de ses honoraires, bien distincte et indépendante de celle que l'article 4 paragraphe 4 de cette loi accorde contre le chef d'entreprise au médecin subrogé aux droits de la victime ; qu'ainsi la prescription d'un an établie par l'article 18 pour l'extinction de cette dernière action ne saurait être opposée à l'action du Dr Plaisant exercée suivant les règles du droit commun ; que cette appréciation de l'existence et de la portée de l'accord intervenu rentre dans le pouvoir souverain du juge du fond ; que, par suite, le premier moyen n'est pas fondé.

« Sur le deuxième moyen : (Sans intérêt).

« Sur le troisième moyen subsidiaire :

« Attendu que, pour écarter la prescription de deux ans, opposée subsidiairement par Yvon à la demande du Dr Plaisant, le jugement attaqué se fonde sur l'aveu fait par cet exploitant de n'avoir pas payé les honoraires de son médecin ; que cette prescription repose en effet sur une présomption de payement qui peut toujours être détruite par un aveu contraire, même implicite, émané du débiteur poursuivi ; qu'ainsi ce moyen n'est pas fondé.

« Par ces motifs,

« Rejette. »

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES REVUES

La Panthésine, anesthésique local. Son emploi en oto-rhino-laryngologie (A. Roig, **Revue médicale de l'Est**, tome LX, n° 4, 15 février 1932).

L'auteur utilise depuis deux ans un nouvel anesthésique local, dérivé du groupe de la novocaïne, l'éther N. diéthyl-leucinolique de l'acide para-amino-benzoïque, ou panthésine, et qui lui semble marquer un réel progrès sur d'autres produits similaires.

Après une étude des caractères physico-chimiques et pharmacodynamiques de la panthésine, M. Roig rapporte les résultats qu'il obtient avec cet anesthésique en oto-rhino-laryngologie.

Pour l'anesthésie en surface (polype du nez, galvano-cautérisations des cornets, polypes du larynx, biopsies, etc.), il utilise une solution à 10 p. 100. Comparée à celle que donne la cocaïne, l'anesthésie ainsi obtenue est plus lente à se produire, moins profonde et plus fugace, que l'on ajoute ou non de l'adrénaline.

Mais en infiltration, l'excellence des résultats est telle qu'elle permet d'abaisser la concentration de l'anesthésique au titre de 0,2 p. 100 plus une goutte de solution d'adrénaline au millième (au lieu de 1 p. 100 pour la novocaïne).

Les essais de l'auteur portent sur 58 cas : 25 amygdalectomies, 8 sinusites maxillaires, 10 kystes de la queue du sourcil, 1 calcul salivaire, 10 résections sous-muqueuses, de la cloison, 1 kyste de la lèvre.

L'anesthésie s'est toujours produite rapidement, elle est presque toujours complète, en ce sens que le malade ne souffre pas et ne réagit pas ; sa durée paraît nettement plus longue qu'avec la novocaïne.

L'hémostase a été suffisante, sensiblement comparable à celle que donne la novocaïne à 1 p. 100 + adrénaline.

Les injections ont toujours été bien supportées (pas de sensations désagréables, céphalées, gastralgies comme avec la novocaïne). « Pour qui connaît, ajoute l'auteur, les ennuis, rares il est vrai, mais indéniables que donne parfois la novocaïne, ce n'est pas là un avantage à dédaigner. »

Dr Lantiez.

De l'action du glucoside cristallisé du bulbe de la scille sur la rétention azotée (Modifications de la constante d'Ambard) (M. Francfort, chef de clinique urologique à la Faculté de médecine de Nancy, **Revue médicale de l'Est**, t. LIX, n° 24, 15 décembre 1931).

L'auteur étudie les modifications qu'apporte à la constante d'Ambard le traitement diurétique azoturique représenté par les glucosides du bulbe de la scille.

REVUE DES REVUES *(Suite)*

On sait que, d'une manière générale, il faut, pour améliorer la constante :

1° Augmenter dans l'urine le débit et la concentration uréique ;

2° Diminuer le taux de l'urée sanguine.

On parvient à ce double résultat :

1° En facilitant l'élimination de l'urée par les diurétiques ;

2° En réduisant les apports azotés par le régime.

S'il est facile d'augmenter le volume des urines en provoquant une diurèse aqueuse, ce résultat est sans action sur la constante parce que les reins, atteints de néphrite azotémique, tout en laissant filtrer l'eau, éliminent l'urée à concentration diminuée.

C'est pourquoi le choix de l'auteur s'est porté sur un diurétique à prédominance azoturique, le glucoside isolé du bulbe de la scille, ou scillarène.

Pour éviter d'attribuer à la médication des résultats qui seraient dus à l'évolution de la maladie, l'auteur a expérimenté sur des prostatiques opérés seulement de la cystostomie, et chez lesquels le régime azoté régulièrement suivi depuis trois mois au minimum ne provoque plus d'amélioration.

M. Francfort rapporte, au cours de son travail, 13 observations. Considérés dans leur ensemble, les résultats obtenus par l'auteur montrent que le scillarène :

1° Excite la diurèse aqueuse et uréique ;

2° Diminue le taux de l'urée sanguine.

Il en résulte un abaissement de la constante d'Ambard.

Dans trois observations seulement, l'auteur obtient des résultats médiocres ou nuls. Echec qui peut s'expliquer par ce fait que la fonction rénale chez ces malades a déjà atteint son maximum d'élimination uréique.

Le scillarène agirait donc en utilisant le potentiel d'énergie de réserve du rein.

L'auteur résume comme il suit son travail :

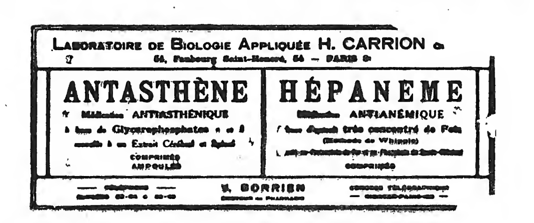
1° Le glucoside du bulbe de la scille améliore généralement la constante d'Ambard, en faisant baisser l'urée sanguine et en augmentant l'élimination azotée par l'urine.

2° Il reste sans action notable sur la constante, et doit même être rejeté, chez les malades dont les reins sont stabilisés et fonctionnent depuis longtemps au maximum de concentration uréique.

3° Son administration ne doit jamais être interrompue sans surveillance attentive.

4° Le mode d'administration qui donne les résultats les plus rapides est l'injection intramusculaire d'une ampoule d'un centimètre cube par jour, complétée ensuite par des ingestions gastriques de LXXX gouttes, quotidiennement, en quatre prises. Dr LANTIEZ.





SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 28 avril 1932.

Lèpre mixte à évolution aiguë. — MM. JAME, JACOB et JUDE présentent un malade atteint de lèpre mixte à évolution aiguë. Il s'agit d'un travailleur malgache âgé de vingt-deux ans dont les parents et les sept frères et sœurs sont en bonne santé. Le début de l'épisode morbide remonte aux environs du 1er janvier.

La poussée évolutive fut aiguë, presque foudroyante et se manifeste par des symptômes cutanés et trophoneurotiques graves.

La radiographie montre notamment une fracture spontanée d'une phalange.

Le traitement chaulmoogrique, sous forme d'injections de chaulmorhuate, donna d'excellents résultats.

Au sujet du béribéri. — M. PLACIDI rapporte les observations de deux épidémies de béribéri qui ont éclaté pendant son séjour aux Nouvelles-Hébrides.

Pour ces deux épidémies il est difficile de soutenir l'avitomisose, car les travailleurs avaient dans leur alimentation un apport régulier de légumes variés et même de fruits. Le riz ne semble pas avoir été en cause. Une seule étiologie paraît susceptible d'être soutenue : c'est l'infection. Il est probable que les convois venus d'Asie ont introduit un élément infectieux dans un milieu de travailleurs surmenés et vivant dans des conditions d'hygiène déplorables dans un pays très chaud et très humide.

Ces faits plaident en faveur de la théorie infectieuse soutenue par Noël Bernard.

M. PH. DECOURT a observé à l'hôpital Saint-Antoine trois cas de béribéri chez des Chinois, habitant Paris depuis au moins six mois, donc en dehors de toute possibilité d'épidémie. Ces Chinois avaient continué à se nourrir exclusivement de thé, de sucre et de riz blanc décortiqué.

M. PONS, dans les épidémies de béribéri qu'il a observées en Indochine, n'a jamais constaté de cas de contagion. Il semble que le béribéri soit consécutif à un désiquilibre dans l'alimentation entre les éléments albuminoïdes et les aliments minéraux. Pour lui, l'erreur commune consiste à confondre le syndrome polynévritique et la maladie elle-même ; en réalité, le syndrome polynévrétique est une complication du béribéri sous l'influence d'une cause seconde; dans bien des cas, cette cause est une infection contagieuse et épidémique qui donne à la polynévrite observée en milieu béribérique l'allure contagieuse.

M. TANON remarque qu'avec Funck on peut distinguer deux formes de béribéri, comme on distingue deux formes de pellagre, l'une par avitaminose, l'autre par intoxication.

Des recherches faites par Trabaud, Mornehed Klata, Mouharrami, Chewket Pacha, ont paru sur ce dernier sujet. Pour le béribéri, il est possible, comme le dit M. Pons qui a étudié tout particulièrement la question, que les deux processus se combinent. Dans ce cas, le bacille asthernogène de M. Bernard évoluerait sur un terrain déséquilibré et compléterait par intoxication la symptomatologie du béribéri.

Amibiose et anémie pernicieuse. — M. J. SEGAL rapporte l'observation d'un malade atteint d'une anémie très grave avec légère éosinophilie et sensibilité hépatique. Température 40° ; depuis quelques jours diarrhée dysentériforme, hémométries négatives ; après une première injection d'émétine à 0,04 la température tombe à 38°, et devient normale après une seconde injection à 0,08. On fait une transfusion de 400 centimètres cubes et l'état du malade s'améliore rapidement ; actuellement la guérison est complète.

Sur trois cas de pellagre. — Mme A. PANAYOTATOU envoie un travail sur trois cas de pellagre observés à Alexandrie.

Les malades n'avaient pas consommé de maïs. Deux d'entre eux étaient affaiblis par les privations.

Mme Panayotatou a isolé des selles et du pharynx de ces malades une monilia. Sans se prononcer sur le rôle de ce parasite dans l'étiologie de cette affection, elle pense cependant qu'il a eu une influence sur la gravité des cas qui se sont terminés par la mort dans un temps relativement court.

Une infection multiple par les helminthes. — M. H. BOUCHER apporte l'observation d'un malade qui au cours de ses missions dans les pays tropicaux contracta une infection multiple par helminthes : *Filaria loa*, bilharziose, ankylostomose, strongylose.

L'auteur insiste sur la nécessité des examens microscopiques des selles, sur l'utilité de répéter ces examens fréquemment afin de dépister les récidives, et aussi sur les excellents résultats obtenus avec les eaux de Vichy comme traitement adjuvant des médications habituelles.

M. PONS rappelle qu'il a publié un cas d'infestation vermineuse quintuple chez un adulte originaire de la Martinique. Il soulève à ce sujet l'importante question du terrain dans les verminoses.

Séance du 30 juin.

A propos du Congrès d'hygiène méditerranéenne. — M. BROQUET, vice-président de la Société, expose le programme du Congrès d'hygiène méditerranéenne qui se tiendra à Marseille du 20 au 25 septembre.

La Société y sera représentée par plusieurs de ses membres.

Le tropisme des leishmanioses. — M. NATTAN-LARRIER apporte le résultat de nouvelles recherches qu'il a faite sur les leishmanioses. Le terme de leishmaniose viscérale ne rend pas compte de tous les symptômes de la maladie, car il y a des localisations qui ne donnent lieu à aucune manifestation. Le parasite se rencontre dans les organes les plus divers. S'il est décelable dans les macrophages, il l'est aussi dans la rate, dans la mœlle osseuse, dans les cellules conjonctives, et même parfois dans les cellules néoplasiques. Ce fait nouveau est extrêmement intéressant et M. Nattan-Larrier a décelé dernièrement les leishmania dan des cellules sarcomateuses. Il existe encore beaucoup d'autres localisations : cellules hépatiques, ou cellules génératrices du testicule, de sorte qu'on arrive à considérer que les leishmania ont un tropisme pour le mésoderme et les organes qui en dérivent.

M. TANON insiste sur l'importance de cette communication, qui fait comprendre pourquoi les leishmania se

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

rencontrent surtout dans les cellules mésodermiques ou dans les cellules de l'ectoderme. Les recherches de M. Nattan-Larrier, éclairent à ce point de vue, les rapports biologiques qui existent entre *Leishmania Donovani* et *Leishmania cutis*.

Injections de tryparsamide en solution dans le cheval dans le traitement de la maladie du sommeil. — Le R. P. GREMEAU, médecin missionnaire, a eu l'occasion en Afrique équatoriale Française, dans le bassin de l'Ogooué, de faire dans le traitement de la maladie du sommeil des injections de tryparsamide dissoute dans du sérum de cheval (hémostyl).

L'arsamide paraît dissoute, mais semble plutôt absorbée, en formant un complexe colloïdal qui est réellement très actif. Ce complexe est constitué par l'action d'une sérine-phosphate existant dans le sérum de cheval et d'une molécule d'arséniade. Il y a là, au moins théoriquement, fixation du médicament sur une sérine et action biologique, plus qu'action chimique. Dans les essais que l'auteur a faits, cette vue théorique a semblé justifiée, car des trypanosomés au seuil de l'invasion des centres nerveux ont été très rapidement améliorés. La dose que l'on donne est aussi moindre et la durée du traitement est diminuée. On arrive plus vite à combattre la cachexie et l'anémie qu'on rencontre toujours dans cette maladie.

M. NATTAN-LARRIER, tenant compte des moyens restreints d'analyse que possédait le R. P. Gremeau, estime qu'il y aurait lieu de reprendre les expériences en divisant les malades en deux groupes : ceux traités à la tryparsamide seule, et ceux traités avec le complexe tryparsamide et sérum de cheval. Ce travail pourrait être la préface de recherches intéressantes.

M. GALLIARD demande si le sérum employé était du sérum de cheval ou du sérum dilué, car il est étonnant que l'auteur n'ait pas eu de chocs sériques. L'hémostyl a-t-il été dilué? Il est probable que non, et sur ce point, il faudrait que des précisions fussent apportées à la Société.

M. MARCEL LÉGER fait remarquer que les observations portent sur un trop petit nombre de malades pour justifier une conclusion ferme. Pourquoi ne pas avoir employé l'eau distillée, qui est aussi facile à se procurer que l'hémostyl? D'autre part M. Gremeau admet qu'il y a formation d'un complexe sérine-médicament. Il faudrait que ce complexe fût étudié et sa réalité démontrée.

M. PONS rappelle que les actions médicamenteuses varient souvent avec les dilutions, et il fait ressortir qu'avec des dilutions étendues d'arsenic ou de bismuth il a vu disparaître des spiochètes assez rapidement. Il s'étend, à ce sujet, sur les résultats qu'il a obtenus dans de nombreuses recherches.

M. TANON a eu l'occasion d'étudier les injections médicamenteuses en solution dans des sérums dilués. Ces recherches seront poursuivies à son laboratoire par M. Lassablière et les résultats en seront apportés plus tard à la Société.

M LASSABLIÈRE a déjà abordé cette question et se propose d'abord de juger de l'action des divers sérums organiques sur les protozoaires, puis de celle des complexes sérine-médicament.

La prostitution à Konakry. — M. J. SCHUNCK DE GOLDFIEM envoie un travail sur la prostitution en Guinée française et plus spécialement à Konakry. La prostitution y est entièrement libre ; les prostituées sont de deux sortes : les femmes indigènes qui sont presque toutes mariées, et les métisses.

M. DE GOLDFIEM considère qu'une réglementation de la prostitution devient nécessaire et que la création d'un quartier réservé comme ceux du Maroc ou d'autres colonies est souhaitable.

A propos de l'étiologie du goundou. — M. J. N. ROY (de Montréal) envoie une note dans laquelle il discute les différentes théories qui ont été soutenues pour expliquer l'étiologie de goundou. Certains auteurs, comme M. BOTREAU-ROUSSEL, pensent que le goundou a toujours une origine pianique. M. J.-N. Roy n'est pas de cet avis. Avec Brumpt, Jeanselme, Nattan-Larrier et Rousseau, il croit que le pian n'a absolument rien à faire dans l'étiologie de cette affection. Un nombre important de noirs atteints de gondou n'ont jamais eu de pian. A Madagascar, en Indochine, à Ceylan où le pian fait plus ou moins de ravages, il n'y a pas de goundou. D'autre part, comment expliquer que ces excroissances nasales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, alors que l'infection pianique se manifeste avec une égale fréquence chez les deux sexes ?

Il ne semble donc pas logique d'émettre l'hypothèse que le goundou est causé par le pian.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que jusqu'à maintenant l'étiologie du goundou est inconnue.

RAYMOND NEVEU.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 24 juin 1932

Présentation de radiographies de calculs salivaires intraglandulaires par incidence transbuccale oblique. — M. LANDAIS propose d'abandonner les incidences classiques pour faire passer le rayon parallèlement à la table interne à l'intérieur de la bouche, la plaque posée sous la mandibule.

Considérations radiologiques et anatomiques sur la branche montante du maxillaire inférieur. — M. LANDAIS propose diverses incidences permettant de localiser les projectiles par rapport à la mandibule.

A propos de deux cas de nécrose des maxillaires survenue à la suite d'un traitement par thorium X. — MM. CH. RUPPE et L. LEBOURG apportent trois observations et concluent que les nécroses observées doivent être attribuées à l'état général et ne doivent pas faire abandonner le traitement.

Un cas mortel de pyohémie d'origine dentaire. — MM. CH. RUPPE et CAUHEPE communiquent l'observation d'un malade mort d'un abcès du foie consécutif à un ostéophelgmon guéri d'origine dentaire.

Deux observations d'épithéliomas du maxillaire supérieur. Considérations étiologiques et thérapeutiques. — M. DECHAUME pense que les kystes paradentaires peuvent dégénérer et donner lieu à des épithéliomas du maxillaire supérieur. Au point de vue thérapeutique, il pense que la technique d'Hautand et Monod est la meilleure.

REVUE DES CONGRÈS

SEMAINE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

27 juin au 3 juillet 1932.

Les causes du cancer.

Par le Dr **Janneney**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, adjoint au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Des causes du cancer, nous savons à la fois peu et beaucoup : peu, car *la cause déterminante* nous échappe, beaucoup, car si nous ne savons pas *pourquoi* le cancer apparaît, du moins savons-nous *comment* il se développe, et nous pouvons même parfois le provoquer expérimentalement.

Ainsi, dans ces dernières années, les savants sont arrivés à connaître toute une série de causes qui prédisposent au cancer ; contre elles, nous pourrons dans une certaine mesure nous préserver et, ainsi avertis du danger, le combattre à temps.

***

Le cancer est une *maladie de nos cellules*. Notre organisme est un assemblage de millions de cellules vivant unies et travaillant chacune pour le bien de l'ensemble. Un groupe de ces cellules se révolte, se met à vivre pour soi sans souci des autres, puis les attaque, les détruit envahit tout l'organisme et le tue : tel est le cancer.

On a pensé que ces cellules pouvaient recevoir *héréditairement* le vice qui les pousse à dégénérer, et c'est une notion assez souvent admise que le cancer est une *maladie héréditaire*. On connaît, en effet, des familles à cancer. Ainsi la famille de Napoléon : l'empereur et son frère Lucien succombèrent à un cancer d'estomac ; ses sœurs Pauline et Caroline à un cancer du sein ; Broca cite une famille où, en quatre générations, seize membres sur trente-deux moururent de cancer. Il est enfin prouvé que certaines espèces exceptionnelles de cancer se transmettent de la mère à l'enfant. Mais ces observations, pour si curieuses qu'elles soient, n'ont qu'une valeur tout à fait discutable, car elles ne reposent pas toujours sur des diagnostics certains.

Il en va tout autrement de l'*hérédité animale*. Une Américaine, miss Maud Slye, a eu la patience d'élever 75 000 souris, animal chez lequel le cancer apparaît parfois spontanément. Miss Slye est arrivée à sélectionner par mariages entre animaux cancéreux d'une part et animaux sains d'autre part, des familles dans lesquelles le cancer apparaissait toujours et d'autres, au contraire, d'où il était banni. Il semble donc que chez la souris le cancer puisse être considéré comme une maladie héréditaire — mais heureusement cette hérédité disparaît par croisement avec des animaux sains.

Déduire de ces expériences des règles applicables à l'espèce humaine, en particulier tendant à interdire certains mariages, serait prématuré. Néanmoins, *au point de vue pratique*, on peut en conclure qu'il faut surveiller médicalement avec plus de soins les sujets dont l'hérédité est chargée en cancer pour dépister à temps chez eux le mal si, par malheur, ils étaient frappés.

L'organisme, le *terrain* sur lequel évoluera le cancer peut y être prédisposé par certaines conditions générales de vie : surmenage, soucis, tristesse, excès alimentaires, ou au contraire privation de certaines substances (calcium, magnésium, certaines vitamines).

Une autre question préoccupe avec raison le public et les médecins : c'est celle de la *contagion du cancer*.

Certains croient sincèrement à la *contagion du cancer* : ils basent leur opinion sur la fréquence insolite du cancer dans certaines régions, dans certaines villes, dans certains quartiers, dans certaines maisons. Ces pays à cancer, ces maisons à cancer ne sont peut-être que des coïncidences curieuses, dues à ce que le genre de vie et les intoxications de certains groupes d'individus sont les mêmes. Cependant on a décrit de véritables petites épidémies de cancer ; il existe dans les laboratoires des cages à cancer où les animaux contractent presque fatalement la maladie. Enfin, on connaît des cas d'*inoculation* de cancer : ainsi le poulet est parfois atteint d'une tumeur qui peut se transmettre en inoculant son suc à un autre poulet. Chez l'homme on connaît quelques exemples, rares d'ailleurs, d'inoculation : le plus récent est celui d'un interne des hôpitaux de Paris qui se piqua avec une aiguille qui venait de servir à ponctionner un épanchement cancéreux : quelques mois après, un cancer apparaissait au point piqué et ne tardait pas à entraîner la mort du jeune médecin.

On a donc cherché s'il existait un microbe du cancer : ces efforts n'ont pas abouti dans le règne animal. Mais, chez les végétaux, on arrive à produire très facilement des tumeurs en inoculant à la plante des cultures d'un microbe appelé *Bacillus tumefaciens*.

Sans doute, le cancer n'est pas contagieux comme la rougeole ou la lèpre, mais rien ne prouve qu'il n'est pas une maladie transmissible soit directement d'homme à homme, soit par l'intermédiaire d'animaux qui nous approchent plus ou moins, comme les animaux domestiques ou nos commensaux, le rat, par exemple.

En attendant que l'on soit fixé sur la contagiosité du cancer, il apparaît évident que, *en pratique*, il n'y a aucun inconvénient et il ne peut y avoir que des avantages à *se comporter comme si le cancer était contagieux*.

Les familles s'inquiètent de savoir si les personnes qui approchent les cancéreux et les soignent risquent la contagion : en dehors des précautions d'hygiène banale dont nous venons de parler, il faut bien dire qu'en toute conscience, dans l'état actuel de nos connaissances, la contagion de personne à personne ne s'observe pas et l'on peut, sans crainte, entourer de soins et de tendresse les cancéreux qui en ont tant besoin.

***

Si nous sommes dans l'incertitude pour ce qui a trait à l'hérédité ou à la contagion du cancer, nous sommes au contraire très bien fixés sur tout ce qui peut favoriser l'apparition du cancer en certains points de l'organisme. Dans cet ordre d'idées, on peut dire que *tout ce qui irrite* les cellules risque de les faire devenir cancéreuses.

Ainsi les *traumatismes*, les *contusions répétées*, même insignifiantes, prédisposent au cancer : on voit parfois celui-

ci se développer en un point qui a été frappé. De même quelques cancers de la bouche sont attribuables aux lésions de la muqueuse par des dents cariées, et quelques cancers du tube digestif aux érosions des organes par des aliments mal mastiqués. Enfin toutes les *cicatrices*, tissus particulièrement fragiles, sont exposées à dégénérer en cancer.

Toutes les radiations, celles du soleil comme celles de la chaleur ou des rayons X, peuvent, lorsqu'elles sont répétées au même point, y faire naître un cancer : ainsi les coups de soleil réitérés des cultivateurs les prédisposent aux cancers de la face et des mains ; ainsi les brûlures de la pipe ou de la cigarette peuvent être suivies de cancers des lèvres ou de la langue.

Un nombre important de *substances chimiques* peuvent provoquer le cancer : on peut faire apparaître le cancer chez la souris en badigeonnant plusieurs fois son échine avec du goudron. De même, on voit survenir chez les fumeurs des cancers de la langue et du larynx, et des cancers tout à fait particuliers dans certaines professions où l'ouvrier est exposé au contact de substances chimiques irritantes : tels sont les cancers des ouvriers de la paraffine, de la houille, du bitume, des tisseurs de coton, des teinturiers, des chapeliers, etc. Tous ces *cancers professionnels* pourraient, par une bonne hygiène, être évités.

Enfin tous les *parasites* et tous les *microbes* peuvent déterminer des lésions susceptibles de dégénérer en cancer. C'est ainsi qu'on provoque chez l'animal l'apparition de cancer de l'estomac, du foie, en mêlant aux aliments des parasites dont l'action irritante est le point de départ de la tumeur. Il en est probablement de même pour bien des cancers du tube digestif chez l'homme. Toutes les infections chroniques peuvent être le point de départ de cancers : pour ne citer que les plus fréquentes, nous rappellerons ici les cancers qui se développent sur des lésions syphilitiques, tuberculeuses, ou sur des lésions banales comme les métrites du col, les vieux ulcères de l'estomac, les vieilles prostatites, les fistules, les cicatrices chroniquement enflammées. La fréquence de leur dégénérescence en cancer a fait donner à ces lésions le nom d'*états précancéreux*, c'est-à-dire susceptibles de se transformer un jour ou l'autre en cancer. L'on considère encore comme états précancéreux toutes les tumeurs en apparence bénignes comme certains grains de beauté, comme les adéno-fibromes du sein, les polypes, les kystes, les fibromes.

Telles sont les causes actuellement indiscutables de quelques cancers. Leur connaissance permet d'énoncer les règles suivantes de prophylaxie :

Tout sujet à hérédité cancéreuse se fera examiner à intervalles réguliers par son médecin.

Tout syphilitique devra être traité jusqu'à guérison et même, guéri, surveillé médicalement.

Des parasites, des microbes, étant susceptibles d'ouvrir des portes au cancer, il faut avoir une rigoureuse *hygiène ménagère*, supprimer les rats, les puces, les punaises, nettoyer les animaux domestiques ; il faut encore une bonne hygiène personnelle, lavage des mains avant les repas, maintien de la bouche en bon état, surveillance de l'eau de boisson, nettoyage des crudités, etc.

Toutes les causes d'irritation locale doivent être supprimées ou traitées : telles les cicatrices vicieuses, les lésions inflammatoires chroniques : comme les ulcères, rectites, mammites, métrites, infections dentaires, etc. Le tabac, l'alcool, les épices seront employés avec modération.

On surveillera ou supprimera toutes les *lésions précancéreuses*, en particulier les *tumeurs bénignes* que l'on évitera d'irriter par des traitements intempestifs ou dangereux comme les massages.

Enfin, on évitera *les causes de moindre résistance*, de dépression physique et morale, au premier rang desquelles se place le surmenage, les causes d'intoxication par mauvaise hygiène (alimentation excessive, vie sédentaire, constipation, etc.).

Malheureusement ces moyens ne suffisent pas à nous préserver toujours du cancer et ils ne suffiront pas tant que nous n'aurons pas découvert la cause du fléau.

Cette constatation n'est pas un cri de découragement, si l'on se souvient que le cancer, même déclaré, peut être guéri à la condition d'*être reconnu à temps* et *traité à temps*. C'est précisément pour faire comprendre au public la nécessité de ces *diagnostics précoces*, par conséquent l'utilité d'examens médicaux au moindre signe suspect, que l'on a institué la *Semaine du Cancer*.

Que savait-on, que sait-on du cancer ?

Par M. le professeur **J. Sabrazès**, chef de service au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Jusqu'à la première moitié du XIX[e] siècle, on n'en savait pas plus long, sur le cancer, que les auteurs immémoriaux de la Ramayana. Les opinions les plus extravagantes avaient cours : vers rongeant la chair, substance laiteuse acide venant du chyle et fixant la lymphe ! Non moins étonnants les remèdes ! Beaucoup tiraient leur mystère de leur secret. Bien rares étaient les assertions raisonnables : excroissances qu'il ne fallait pas irriter, ablation ou destruction précoces.

L'aurore des temps nouveaux date de cet aphorisme de 1838 : les tumeurs ont leurs représentants histologiques dans l'organisme embryonnaire ou adulte. Dès lors, une classification, toujours extensible, fut établie. On apprit à discerner les tumeurs bénignes des malignes, les locales et les générales.

On chercha les causes : des vestiges de tissus inemployés au cours du développement sont de mauvaises graines susceptibles de germer, de subir la cancérisation. Expérimentalement, par greffe de débris d'embryons à des animaux de même espèce, on provoque de telles tumeurs et on sait les cancériser.

Toutes ces recherches ont affirmé l'existence de tumeurs malignes d'espèce différente ; la nature de la cellule, en prolifération active et désordonnée, est la signature de l'espèce néoplasique. Le cancer ne résulte nullement d'une infection microbienne ; il est dû à une anarchie de cellules sorties du rang qui leur était assigné par leurs fonctions physiologiques, cellules désolidarisées des tissus dont elles faisaient partie.

La possibilité de transmettre par greffe le cancer de la souris blanche à des animaux de même espèce a fourni sur la genèse du cancer, sur ses conditions de croissance et d'arrêt, des données d'une grande importance. Une

enquête sur le rôle de l'hérédité devenait relativement facile, grâce aux croisements contrôlés et aux arbres généalogiques, à longue portée, d'animaux dont l'existence n'excède pas trois ans.

Les cancers dits professionnels ont fait soupçonner le rôle cancérigène de certaines substances. Le cancer du goudron, aisément réalisé sur la souris blanche et le lapin, a ouvert de magnifiques horizons sur les influences favorisantes ou empêchantes tenant aux glandes à sécrétion interne, à diverses modifications physico-chimiques, à l'intervention d'agents médicamenteux, etc.

La présence de parasites animaux dans l'estomac, dans le foie, dans l'appareil urinaire, etc., peut avoir un effet cancérigène ; c'est là encore une notion féconde. Plus importante encore celle des états précancéreux, des cicatrices amorçant le cancer, d'une si grande portée.

Que de progrès réalisés dans l'étude des cellules cancéreuses, de leur biologie, de leur quasi-anaérobiose, du rôle atténuateur de l'oxygénation à outrance, de leur culture *in vitro*.

La culture des tissus, les propriétés des rayons X et du radium ont agrandi le champ de nos connaissances et ouvert la voie à des traitements nouveaux. Car toutes ces découvertes d'ordre scientifique ont des conséquences pratiques. On sait maintenant prévoir le développement du cancer, le diagnostiquer à temps, éviter ce qui l'exacerbe, hâter l'intervention chirurgicale, définir la radiosensibilité.

Que les sceptiques non initiés ne viennent donc pas nous dire : On ignore tout du cancer ! Les horizons découverts sont immenses et les acquisitions récentes font bien augurer de la richesse des moissons futures. Mais que de ressources nécessaires pour mener à bien ces travaux !

Contre le cancer de l'utérus.

Par le Dr **Tisserand** (de Besançon), chirurgien-chef du Service départemental anticancéreux.

Dans la grande bataille que nous livrons contre le cancer, notre terrible ennemi a quelques points faibles sur lesquels heureusement notre action commence à s'exercer de façon très efficace ; le cancer de l'utérus est un de ceux-là ; aussi est-il logique d'intensifier notre effort plus que jamais à son endroit, et d'y exploiter au maximum nos succès.

Contre le cancer utérin, les grandes armes anticancéreuses : chirurgie, radium, rayons X, ont en effet toutes trois leur efficacité, et il faut bien reconnaître que nos résultats deviennent de jour en jour meilleurs, et plus durables, au fur et à mesure que les techniques se précisent et les expériences des hommes se complètent. Les statistiques deviennent de plus en plus satisfaisantes, et sans vouloir les rapporter ici toutes et dans leur intégrité, nous croyons utile de citer quelques chiffres à eux seuls plus éloquents que les plus longs discours.

Quand on parle de cancer utérin, il est impossible de ne pas citer le professeur Jean-Louis Faure, dont le nom reste attaché à tant d'importantes questions, mais à celle-là de façon plus particulièrement vivante, peut-être, qu'à toute autre. Or, que nous dit J.-L. Faure sur ce sujet ? Dans sa récente communication à l'Académie de médecine, il expose les résultats éloignés de ses opérations pour cancer du col utérin pratiquées à l'hôpital Broca au cours des années 1924, 1925 et 1926, c'est-à-dire avec un recul de cinq ans et plus. Or, il en arrive à cette conclusion vraiment consolante que, sur 44 malades opérées de façon précoce, suivies et revues, 40 restent guéries après cinq ans et plus. C'est donc 9 malades sur 10 qui sont guéries par l'opération précoce.

Malheureusement la chirurgie n'est pas toujours possible dans le cancer utérin ; ce n'est que dans les cas observés tout à fait au début qu'elle obtient de si magnifiques résultats. Trop souvent, hélas ! les malades arrivent au chirurgien dans un état tel que l'opération est, sinon impossible, du moins compliquée et partant dangereuse et incertaine dans ses résultats immédiats ou éloignés.

Pour ces cas trop tard venus, allons-nous désarmer ? Heureusement la thérapeutique par les rayons (radium et rayons X) nous reste, et là encore, les résultats sont de plus en plus intéressants.

L'éminent directeur de l'Institut du Radium de Paris, le professeur Regaud, vient de publier une statistique aussi importante que minutieusement établie. En vérifiant à la fin de 1930 tous les cas soignés par les rayons depuis au moins cinq ans, c'est-à-dire en totalisant les cas précoces et les cas avancés, les bons et les mauvais cas, il arrive à une proportion de 24 p. 100 de guérison. Il fait d'ailleurs remarquer qu'avec les progrès de la technique, les résultats sont allés en s'améliorant de façon notable puisque, pour la période de 1919 à 1921, la proportion des guérisons n'est que de 14 p. 100 alors que pour la période de 1922 à 1925 cette proportion a atteint 31 p. 100.

La statistique de Mme Simone Laborde est, elle aussi, des plus intéressante. Il ne nous est pas possible de la reproduire ici dans son entier ; contentons-nous de signaler les chiffres relatifs aux cas traités pendant l'année 1926 dans le centre anticancéreux de la banlieue parisienne.

Sur 50 malades traitées, aucune n'est opérable : de plus, 17 d'entre elles appartenaient à la catégorie des cas très avancés (envahissement des organes voisins). Or, si ces 17 cas sont tous morts à l'heure actuelle, par contre les 33 autres malades sont vivantes et bien portantes après cinq ans.

Quelles conclusions tirer de tout cela ? La chirurgie et la thérapeutique par les rayons sont des armes très souvent victorieuses, mais elles le sont d'autant plus qu'elles s'adressent à des cas plus limités, plus près de leur début.

En d'autres termes, on ne peut que répéter cette vérité cent fois redite : toute la question de la thérapeutique du cancer, et du cancer utérin en particulier, se résume à une question de diagnostic précoce. C'est là que doivent porter tous nos efforts, c'est sur ce point bien précis que nous devons intensifier la lutte.

Pour l'établissement de ce diagnostic précoce, chacun a ses devoirs, ses responsabilités.

1° Les *malades elles-mêmes* doivent savoir l'importance de tout écoulement vaginal anormal : toute perte de sang en dehors des époques régulières est suspecte ; toutes les règles anormalement abondantes ou traînantes doivent être surveillées ; il en est de même de tout écoulement

anguin apparu à l'occasion d'une fatigue, d'une injection ou d'un rapport. La moindre perte rouge apparue après le retour d'âge est un signe presque certain de cancer,

Dans tous les cas et sans tarder, la femme soucieuse d'échapper au cancer utérin doit aller consulter son médecin.

2° *L'entourage des malades* doit connaître aussi ces petits signes et engager les pauvres malheureuses qui les présentent à ne pas s'endormir dans une négligeuce funeste. Les infirmières, les sœurs gardes-malades, les sages-femmes, tout ce personnel soignant si souvent dépositaire de petites confidences dans cet ordre d'idées doivent prendre leurs responsabilités et donner les bons conseils indispensables.

3° Les *médecins* enfin, dès qu'ils sont consultés, doivent tout mettre en œuvre pour établir un diagnostic rapide et précis. En cas de doute, ils n'attendront pas l'apparition de signes indiscutables tels que la fétidité des pertes ou les douleurs caractéristiques, ce serait trop tard pour agir efficacement; en tout cas, ce serait perdre un temps précieux. Ils feront dans tous les cas douteux un prélèvement de la région suspecte et l'adresseront à un laboratoire compétent.

Depuis des années, toutes ces vérités sont sans cesse répétées et, malgré les progrès réalisés, nous voyons encore, bien trop souvent, hélas! nous arriver de pauvres malades chez lesquelles nos armes sont impuissantes. Nous pouvons tout, ou presque tout dans les « bons cas » : 9 guérisons sur 10 dans la statistique de J.-L. Faure.

Mais combien voyons-nous de ces bons cas ? 28 sur 158 malades entrés à l'hôpital en trois ans !... 28 seulement (J.-L. Faure).

Si pénible que soit cette constatation, elle ne doit point nous décourager. Si toutes les femmes prennent enfin conscience du danger qu'elles courent en négligeant des petits symptômes d'apparence minimes, si leur entourage use son influence pour hâter les consultations opportunes, si les médecins consultés en temps utile font un diagnostic rapide, tout cela doit changer. Sur bien des points encore, la localisation du cancer est difficilement accessible à nos moyens thérapeutiques ; à l'utérus, par contre, notre action peut être efficace, ce serait vraiment trop stupide de ne pas exploiter au maximum notre succès sur ce point précis. N'oublions pas que là, plus que partout ailleurs, le salut est dans le diagnostic précoce.

Le traitement du cancer. Son avenir.

Par le professeur **Léon Imbert**, directeur du Centre anticancéreux de Marseille.

Le cancer étant ordinairement une tumeur, une excroissance, les hommes ont eu de tout temps l'idée de le détruire ; mais comme la chirurgie ancienne craignait à la fois l'hémorragie et l'infection, c'est aux caustiques qu'elle s'adressait de préférence ; il y a un demi-siècle encore, les formulaires en donnaient une longue liste.

La lutte contre le cancer n'a pris vraiment corps qu'à l'apparition de la chirurgie antiseptique. Celle-ci délaissa les caustiques pour le bistouri ; il y a vingt-cinq à trente ans, tout cancer guérissable relevait de l'acte opératoire.

Puis un jour, on vit surgir, non point un médicament, mais une méthode nouvelle. M. et Mme Curie ayant découvert le radium, on s'aperçut bientôt que son rayonnement possédait un pouvoir caustique. Mais quelle différence avec les caustiques d'autrefois, qui, semblables au fer rouge, détruisaient avec une parfaite indifférence tout ce qu'ils touchaient ! Le radium jouissait, sur le terrain biologique, de caractères si personnels, si inattendus, qu'il y eut une longue période de tâtonnements et d'indécision.

On s'aperçut d'abord que l'action caustique et nécrosante du radium obéit à un curieux déterminisme : parmi les tissus animaux, elle choisit ses victimes : et ces victimes, on s'en aperçut avec satisfaction, ce sont précisément les cellules cancéreuses, qu'elle va frapper au milieu des cellules normales demeurées intactes. Ce point acquis, nouvelle surprise, plus désagréable, celle-là : le radium « aime » les cellules cancéreuses, mais il ne les aime pas toutes également ; certains cancers sont radio-sensibles, d'autres sont radio-résistants ; on eut à établir la liste des uns et des autres. Enfin les chirurgiens, habitués de longue date à guérir aisément les tumeurs malignes, durent reconnaître que ce radium, qui est capable de faire disparaître de véritables cancers, s'arrête impuissant devant une simple loupe du cuir chevelu. Qui peut le plus ne peut pas le moins. Il fallut du temps pour revenir de toutes ces surprises.

***

Chirurgie, radium et rayons X : tels sont les deux pôles actuels de la thérapeutique anticancéreuse. Aucun de ces moyens n'est infaillible malheureusement, et rien n'est fait, puisqu'il reste à faire. La situation actuelle n'est certainement qu'un palier : nul doute qu'elle ne soit appelée à se modifier profondément, et, j'ose dire, rapidement.

D'où viendront les changements, c'est-à-dire les progrès ? Affirmons d'abord, quelle que soit un jour la puissance de nos moyens d'action, que leur efficacité sera toujours conditionnée par la précocité du diagnostic. Il sera toujours plus facile de guérir un cancer à ses débuts. Et qui sait ? N'arriverons-nous pas, quelque jour à le guérir avant qu'il ne soit né, à le prévenir ? On peut entrevoir la possibilité d'un pareil idéal réalisable par certaines façons de vivre, par certains aliments, par certains régimes que l'on recommandera, ou que l'on proscrira, selon que l'on aura acquis la certitude de leur caractère utile ou nuisible.

Mais cet idéal est sans doute bien éloigné encore. Et la sagesse conseille de poursuivre actuellement un résultat sans doute plus facile à atteindre : la destruction d'une tumeur cancéreuse déjà existante.

***

Perfectionnement de la chirurgie ? Cela n'est pas impossible. N'avons-nous pas vu naître récemment le bistouri électrique, qui diminue la perte de sang, bénéfice souvent médiocre, mais qui diminue aussi le danger plus positif d'essaimage du mal au cours même de l'opération ?

Meilleure utilisation du radium et des rayons X ? Cela paraît plus probable : nous les connaissons encore si

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

mal ! Et nous possédons de si faibles quantités de radium ! Ce mystérieux pouvoir d'aller chercher au sein des tissus la cellule cancéreuse pour la frapper à mort, n'arriverons-nous pas à l'utiliser mieux que nous ne l'avons fait jusqu'ici ?

***

Mais, essayons de nous dégager du temps présent, et jetons un regard sur les possibilités de l'avenir.

Le règne minéral a fourni de tout temps à la médecine d'admirables médicaments : le fer, le mercure, l'arsenic sont en faveur aujourd'hui, autant et même plus qu'autrefois. Et pourrions-nous trouver là une solution du problème ? Puisque l'arsenic va frapper le tréponème au sein des tissus, une substance minérale pourrait bien avoir une influence semblable sur la cause encore inconnue du cancer. Le plomb a donné quelques espoirs, et aussi le cuivre, le magnésium, le sélénium. Si les résultats ont été jusqu'ici décevants, nul ne peut affirmer qu'ils ne s'amélioreront encore dans l'avenir.

Au règne végétal, la matière médicale doit les plus précieuses peut-être de ses ressources. La quinine, si utilisée à d'autres fins, a été recommandée contre le cancer. Sans résultats, hélas ! mais tout espoir n'est sans doute pas perdu.

***

Tout cela, les plantes, les pierres, c'est de l'ancienne médecine, de la médecine qui n'a du reste pas encore dit son dernier mot ; mais la médecine moderne s'est plutôt attachée à étudier l'action des sucs de l'organisme, des produits du règne animal ; elle en a édifié une science nouvelle, l'opothérapie. Bien discutée encore, certes, mais ne lui devons-nous pas le triomphe récent de l'insuline, cette substance qui, extraite du pancréas, possède le singulier pouvoir de faire disparaître le sucre des urines ? La pensée moderne ne saurait reculer devant la conception d'une sécrétion glandulaire déficiente chez les cancéreux, et capable, par son introduction dans l'économie, de faire disparaître une tumeur, ou d'en empêcher la formation.

Ne nous imaginons pas, du reste, que la doctrine microbienne soit à jamais écartée de notre route. On a cherché longtemps le microbe du cancer ; on l'a même trouvé ! tout cela est retombé dans le néant. Mais la vérité peut en sortir quelque jour. Et Pasteur a bien fait, entre autres miracles, celui de guérir par ses méthodes la rage, dont on ignore encore la cause.

Et voici qu'un microbe que personne n'a jamais vu, qui peut-être n'est même pas un microbe, mais qui porte un nom, le bactériophage de d'Hérelle, est venu récemment au monde sous les aspects, comme son nom l'indique, d'un tueur de microbes. Pourquoi n'obtiendrions-nous pas un jour l'équivalent du bactériophage pour détruire la cellule cancéreuse ?

Il y a encore les remèdes extraits du mal lui-même : la maladie est une lutte de l'organisme contre une attaque étrangère ; celle-ci triomphe d'abord, puisque la malade se manifeste ; mais elle est battue ensuite, puisque le malade guérit. Il guérit même si bien, que son organisme acquiert une propriété nouvelle, l'immunité, qui lui permet de défier un nouvel assaut. Vous objectez : Comment se bercer d'un pareil espoir, puisque les guérisons spontanées du cancer sont si rares ? Mais il y a certainement une immunité naturelle ; cette immunité, peut-être arriverons-nous à l'utiliser. Et je reconnais bien que la transfusion du sang n'a rien donné jusqu'à présent ; mais, sur ce point encore, tout n'est pas dit.

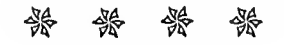
***

De nombreuses routes s'ouvrent encore aux chercheurs ; peut-être la lumière définitive viendra-t-elle d'aucune de celles qui sont déjà défrichées en partie. Peut-être surgira-t-elle un jour d'une de ces mystérieuses rencontres du hasard avec l'étincelle du génie humain. Il ne faut point douter de la victoire, couronnement des recherches qui se poursuivent de toutes parts.

***

Un pareil état d'incertitude relative et d'attente est malheureusement favorable aux affirmations prématurées, aux espoirs injustifiés, sources des plus douloureuses déceptions. On trouvera toujours, parmi les hommes, des êtres prêts à profiter de cet état d'esprit ; et l'on pourrait faire un livre sur l'Histoire du charlatanisme anticancéreux. Chaque province, chaque pays a ses guérisseurs de cancer, quelques-uns sincères, hélas ! la plupart soucieux d'exploiter à leur profit les inquiétudes et les angoisses des familles. Leur malfaisance serait relativement anodine si leur action ne causait des retards, où sombrent trop souvent les dernières possibilités de guérison.

(Communiqué par la *Ligue française contre le Cancer*, 6, avenue Marceau, Paris-VIIIe.)



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Programme de l'enseignement pour l'année scolaire 1932-1933 :

ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — *Cliniques médicales générales.* — M. Achard, à l'hôpital Cochin ; M. Bezançon, à l'hôpital Saint-Antoine ; M. Carnot, à l'Hôtel-Dieu ; M. Marcel Labbé, à l'hôpital de la Pitié ; M. Cunéo, à l'Hôtel-Dieu.

Cliniques chirurgicales générales. — M. Lenormant, à l'hôpital Cochin ; M. Gosset, à l'hôpital de la Salpêtrière ; M. X..., à l'hôpital Saint-Antoine.

Cliniques obstétricales. — M. Brindeau, à la clinique, Tarnier ; M. Couvelaire, à la clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale réservée aux élèves sages-femmes. — M. Jeannin, à la Maternité de l'hôpital de la Pitié.

CHAIRES. — *Clinique thérapeutique.* — M. Rathery, professeur à l'hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Claude, professeur à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants. — M. Nobécourt, professeur à l'hôpital des Enfants-Malades.

Hyhiène et clinique de la première enfance. — M. Lereboullet, professeur à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gougerot, professeur à l'hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Guillain, professeur à l'hôpital de la Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique. — M. Terrien, professeur à l'Hôtel-Dieu.

Clinique urologique. — M. Legueu, professeur à l'hôpital Necker.

Clinique des maladies infectieuses. — M. Lemierre, professeur à l'hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique. — M. J.-L. Faure, professeur à l'hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile. — M. Ombrédanne, professeur à l'hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — M. Lemaître, professeur à l'hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. P. Duval, professeur à l'hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique. — M. Sergent, professeur à l'hôpital de la Charité.

Clinique de la tuberculose. — M. Léon Bernard, professeur à l'hôpital Laennec.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte. — M. Mathieu, professeur à l'hôpital Cochin.

Radiologie clinique. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours à l'hôpital de la Salpêtrière.

Puériculture. — M. Weill-Hallé, chargé de cours à l'hôpital des Enfants-Malades.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. SEMESTRE D'HIVER. — *Anatomie,* 1re année, M. Rouvière, professeur. *Anatomie pathologique,* 3e année, M. Roussy, professeur. *Bactériologie,* 2e année, M. X..., professeur. *Chimie,* 2e année, M. Desgrez, professeur. *Embryologie,* 1re année, M. Giroux, agrégé. *Médecine légale,* 1re année, MM. Balthazard, professeur et Piedelièvre, agrégé. *Obstrétrique,* 3e année, M. Vignes, agrégé. *Parasitologie,* 3e année, M. Brumpt, professeur. *Histoire de la médecine,* M. Laignel-Lavastine, professeur. *Enseignement théorique aux élèves sages-femmes,* M. Galli, agrégé. *Physique,* 2e année, M. Strohl, professeur. *Histologie,* 1re année M. Champy, professeur. *Pathologie expérimentale et comparée,* 3e année, M. Fiessinger, professeur. *Pathologie médicale,* 3e et 4e années, M. Clerc, professeur et MM. Guy Laroche, Chabrol et Moreau, agrégés. *Pathologie chirurgicale,* 3e et 4e années, M. Marion, professeur, et M. Brocq, agrégé. *Pharmacologie et matière médicale,* 4e année, M. Tiffeneau, professeur. *Physiologie,* 2e année. M. Binet, professeur. *Thérapeutique,* 5e année, MM. Lœper, professeur et Harvier, agrégé. *Hydrologie thérapeutique et climatologie,* 5e année, M. Maurice Villaret, professeur. *Stomatologie,* 5e année, M.Frey, chargé de cours. *Chirurgie orthopédique chez l'adulte,* M. Mauclaire, professeur sans chaire..

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Anatomie,* 1re année, MM. Hovelaque, professeur sans chaire et Olivier, agrégé. *Anatomie topographique et médecine opératoire,* 4e année, M. Grégoire, professeur. *Chimie,* 2e année, M. Sannié, agrégé. *Histoire de la médecine,* M. Laignel-Lavastine, professeur. *Histologie,* 1re année, M. Verne, professeur sans chaire. *Hygiène et médecine préventive,* 5e année, M. Tanon, professeur. *Médecine légale,* 5e année, M. Piedelièvre, agrégé. *Obstétrique,* 3e année, M. Vandescal, agrégé. *Pathologie chirurgicale,* 3e et 4e années, MM. Quénu et Leveuf, agrégés. *Parasitologie,* 3e année, M. Galliuud, agrégé. *Enseignement théorique aux élèves sages-femmes,* M. Ecalle, agrégé. *Anatomie pathologique,* 3e année, M. Oberling, agrégé. *Pathologie expérimentale et comparée.* 3e année, M. Troisier, agrégé. *Pathologie générale,* 4e année, M. Baudoin, profeseaur. *Pathologie médicale,* 3e et 4e années, MM. clerc, professeur, Guy Laroche, Chabrol et Moreau, agrégés. *Pharmacologie et matière médicale,* 4e année, MM. Busquet et Hazard, agrégés. *Phsyiologie,* 2e année, M. Richet, agrégé. *Physique,* 2e année, M. Dognon, agrégé. *Education physique,* M. Chailley-Bert, agrégé. *Chirurgie orthopédique chez l'adulte,* M. Mauclaire, professeur sans chaire.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. *Semestre d'hiver.* — 1re année, *Dissection, Histologie.* 2e année, *Physique médicale, Chimie médicale, Physiologie, Bactériologie,* 3e année. *Anatomie pathologique, Pathologie expérimentale, Parasitologie.* 4e année, *Pharmacologie Anatomie médico-chirurgicale et technique - opératoire.* 5e année, *Médecine légale.*

Semestre d'été. — 1re année, *Dissection, Histologie.* 2e année, *Chimie médicale, Physiologie.* 3e année, *Manœuvres obstétricales.* 4e année, *Pharmacologie, Anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire.* 5e année, *Hygiène.*

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours tsau' le dimanche), de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 heures à 22 h. 15.

Cours de vacances de 1932 (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu: professeur, M. PAUL CARNOT). — I. PREMIER COURS (5 septembre-17 septembre 1932(. sous la direction de M. Henri Bénard, médecin de l'hôpital de la Charité..

MALADIES DE LA NUTRITION, DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. — *Lundi 5 septembre.* — 10 h. 30,

NOUVELLES *(Suite)*

Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Métabolisme des sucres. Syndromes d'hyper et d'hypoglycémie. — 2 h. 30. Dr Lambling, ancien chef de clinique : Formes cliniques du diabète.

Mardi 6 septembre. — 10 h. 30, Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Acidose diabétique. — 2 h. 30, Dr Froment, ancien chef de clinique : Infection et gangrène chez les diabétiques.

Mercredi 7 septembre. — 10 h. 30, Dr Rachet, médecin, des hôpitaux : Conduite du traitement chez les diabétiques. — 2 h. 30, Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Métabolisme des graisses. Les obésités glandulaires.

Jeudi 8 septembre. — 10 h. 30, Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Métabolisme du calcium. Tétanie, Ostéite fibreuse. — 2 h. 30, Dr Rudolf, chef de clinique : Métabolisme des protides : diathèses urique, oxalique. Pathogénie de la goutte.

Vendredi 9 septembre. — 10 h. 30, Dr Thiroloix, chef de clinique : Rhumatisme chronique. — 2 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Exploration fonctionnelle du foie.

Samedi 10 septembre. — 10 h. 30, M. Cachera, interne des hôpitaux : Les ictères infectieux, spirochétosiques. — 2 h. 30, M. Paul, interne des hôpitaux : Les ictères du nouveau-né. Ictères congénitaux.

Lundi 12 septembre. — 10 h. 30, P. Paul, interne des hôpitaux : Les ictères néoplasiques. — 2 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Le tubage duodénal en pathologie hépato-biliaire.

Mardi 13 septembre. — 10 h. 30, Dr Thiroloix, chef de clinique : Hépatites dysentériques. — 2 h. 30, Dr Coury, ancien chef de clinique adjoint : Hépatites syphilitiques. Ictères arséno-benzoliques.

Mercredi 14 septembre. — 10 h. 30, M. Chachera, interne des hôpitaux : Hépatites alcooliques et tuberculeuses. — 2 h. 30. Dr Caroli, chef de clinique : Les angiocholécystites.

Jeudi 15 septembre. — 10 h. 30, Dr Delafontaine, ancien chef de clinique : Lithiase vésiculaire. — 2 h. 30, Dr Caroli, chef de clinique : Lithiase du cholédoque.

Vendredi 16 septembre, — 10 h. 30, Dr Delafontaine, ancien chef de clinique : Pathogénie et traitement de la lithiase biliaire. — 2 h. 30, Dr Rachet, médecin des hôpitaux : Les splénomégalies primitives. Maladie de Banti.

II. Congrès de la lithiase biliaire a Vichy, sous la présidence du professeur Carnot. — Une semaine d'intervalle entre les deux cours est laissée aux auditeurs pour se rendre, s'ils le désirent, au Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy.

Les auditeurs qui désirent y assister se feront inscrire directement après du secrétaire général du Congrès, le Dr Aimard, 24, boulevard des Capucines, pour profiter des avantages réservés aux congressistes (chemins de fer et hôtels).

III. Cours de septembre et d'octobre (26 septembre-8 octobre 1932), sous la direction du professeur Carnot et du professeur agrégé Bénard.

Gastro-entérologie. — *Lundi 26 septembre.* — 10 h. 30, M. Deval, chef de laboratoire de la clinique : Etude de la sécrétion gastrique. L'épreuve de l'histamine. Le tubage duodénal en pathologie digestive. — 2 h. 30, Dr Marguerite Tissier, chef de laboratoire de la clinique : Cytologie gastrique. Recherches des parasites intestinaux.

Mardi 27 septembre. — 10 h. 30, M. Busson, interne des hôpitaux : Hémorragies gastro-intestinales. — 2 h. 30, Dr Boutier, ancien chef de clinique : Atonie et ptose gastriques.

Mercredi 28 septembre. — 10 h. 30, Dr Caroli, chef des clinique : Syndromes dyspeptiques de la lithiase biliaire. — 2 h. 30, Dr Péron, médecin des hôpitaux : Crises digestives du tabes.

Jeudi 29 septembre. — 10 h. 30, Dr Rachet, médecin des hôpitaux : Ulcère de la petite courbure. Sténoses médio-gastriques. — 2 h. 30 Dr Delalande, chef de clinique : Ulcères pyloro-duodénaux.

Vendredi 30 septembre. — 10 h. 30, Dr Coury, ancien chef de clinique adjoint : Manifestations digestives de l'aortite abdominale. — 2 h. 30, Dr Barlėty, chef de clinique : Périviscérites d'origine digestive.

Samedi 1er octobre — 10 h. 30, Dr Lambling, ancien chef de clinique : Entéro-colite muco-membraneuse. — 2 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Stase intestinale chronique. Mégacôlon.

Lundi 3 octobre. — 10 h. 30, Dr Lenormand, ancien chef de clinique : Sémiologie et traitement des diarrhée chroniques. — 2 h. 30, Dr Jacquet, médecin des hôpitaux : Formes cliniques de l'appendicite.

Mardi 4 octobre. — 10 h. 30, Dr Thiroloix, chef de clinique : Formes cliniques du cancer de l'estomac. — 2 h. 30 : Dr Henri Bénard, agrégé, médecin de l'hôpital de la Charité : Amibiase intestinale et autres colites parasitaires.

Mercredi 5 octobre — 10 h. 30, M. Cachera, interne des hôpitaux : Tuberculose intestinale. — 2 h. 30, Dr Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Cancer des côlons.

Jeudi 6 octobre. — 10 h. 30, Dr Augier, chef de clinique : Tumeurs recto-sigmoïdiennes. Polypose intestinale. — 2 h. 30 : Dr Friedel : Rectoscopie. Traitement des hémorroïdes.

Vendredi 7 octobre. — 10 h. 30, Dr Lagarenne, chef du laboratoire de radiologie : Diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux. — 2 h. 30, Dr Dioclès, chef du laboratoire de radiologie : Diagnostic radiologique des lésions du côlon.

NOUVELLES *(Suite)*

Samedi 8 octobre. — 9 h. 30, Dr Dufourmentel : Œsophagoscopie. Spasmes et diverticules. — 10 h. 30, Pr Carnot : Cancers de l'œsophage.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux. cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Monsieur le président Gaston Doumergue visite la station de Luchon. — M. le président Gaston Doumergue, accompagné de Mme Gaston Doumergue et de quelques amis, s'est rendu le 4 août à Luchon. Le président a visité avec un très vif intérêt les nouveaux services des thermes et, en particulier, les galeries sous roche du radio-vapoparium-sulfuré.

M. Doumergue n'a pas caché son admiration pour l'organisation technique du R. V. S. et a bien voulu consigner ses sentiments sur le Livre d'Or de la station.

" La Médicale " société anonyme. — Le bilan de cette Compagnie pour l'exercice 1931 vient d'être approuvé par l'Assemblée générale des actionnaires.

Le rapport qui l'accompagne signale que sur le montant des primes encaissées pendant l'année et qui accuse une progression de plus de 800 000 francs sur l'exercice précédent, 1 631 187 fr. 35 ont été cédés en réassurance. Ces chiffres prouvent la prudence avec laquelle cette société est administrée.

Ce bilan du trente-deuxième exercice fait ressortir, une fois de plus, une situation de trésorerie extrêmement aisée.

La marche ascendante des affaires de cette Compagnie qui, nous croyons utile de le rappeler, fut fondée en 1900 par un groupe important de médecins, ne peut mieux être démontrée que par l'exposé qui suit :

Exercice	Encaissements	Sinistres et réserves pour sinistres à régler	Réserves non comprise celle pour sinistre à régler
1926	2 038 490 fr. 02	753 942 fr. 16	1 496 008 fr. 50
1927	2 560 223 fr. 96	979 525 fr. 40	1 905 259 fr. 21
1928	3 081 391 fr. 40	1 346 783 fr. 66	2 301 556 fr. 69
1929	3 824 476 fr. 56	1 854 955 fr. 93	2 787 830 fr. 84
1930	4 403 435 fr. 33	2 153 187 fr. 61	3 073 434 fr. 24
1931	5 292 722 fr. 38	2 606 725 fr. 87	3 499 627 fr. 92

Un exemplaire du bilan est tenu à la disposition de tout intéressé qui voudra bien en faire la demande.

Institut de technique sanitaire et hygiène des industries de Paris. — Le ministère de l'Instruction publique de France a créé, il y a quelques années, un *Institut de technique sanitaire et hygiène des industries*, destiné à la formation de techniciens de l'assainissement.

Cet organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts et Métiers de Paris, ouvrira sa prochaine session en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études reçoivent un diplôme d'Etat : *brevet de technicien sanitaire.*

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement, dont la durée est limitée à trois mois, n'est pas exclusivement réservé aux Français : chaque année des étrangers se font inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (3e).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

29 AOUT. — *Rome.* Congrès international de physiologie (Comité d'organisation, 8, Andréa Della Dame Naples 21).

5 SEPTEMBRE. — *Mannheim.* XXVIIe Congrès de la Société allemande d'orthopédie.

5 SEPTEMBRE. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 SEPTEMBRE. — *La Haye.* Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 SEPTEMBRE. — *Pougues.* Date et lieu de concentration des participants au V. E. M.

9 SEPTEMBRE. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* IXe Congrès international d'histoire de la médecine.

10 SEPTEMBRE. — *Tourz.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 SEPTEMBRE. — *Poitiers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Dijon.

12 SEPTEMBRE. — *Milan.* IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tomarkin, Locarno.

12 SEPTEMBRE. — *Amsterdam.* Congrès de médecine tropicale.

18 SEPTEMBRE. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 SEPTEMBRE. — *Vichy.* Congrès de la lithiase biliaire.

20 SEPTEMBRE. — *Marseille.* Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens,* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

SEPTEMBRE 1932. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Gand.* Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

24 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès international d'histoire de la médecine.

30 SEPTEMBRE. — *Ville des Aacadémies.* Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

VARIÉTÉS

DE LÉONARD DE VINCI A MAINE DE BIRAN
LES GRANDS ILLÉGAUX DE LA MÉDECINE

La série des ouvrages posthumes du Dr Cabanès continue à nous apporter le fruit de son travail.

Dans *Médecins amateurs* nous retrouvons de nombreuses notations dont l'auteur se serait certainement servi pour un ouvrage plus synthétique qu'analytique. Pour nous, le suivant pas à pas, nous converserons avec ces maîtres que l'on pourrait aussi dénommer : « les grands illégaux de la médecine ».

Léonard de Vinci. — S'il est vrai que le peintre et le sculpteur doivent être un peu anatomistes pour reproduire les formes humaines dans leur harmonie, Vinci mérite, à juste titre, la première place parmi eux, pour la précision minutieuse d'anatomiste et de physiologiste qu'il apporta dans la technique de son art. On a pu dire de Vinci, écrit Cabanès (1), que le théoricien s'unit si profondément au poète, qu'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de l'imagination qui éclate dans ses découvertes, ou de l'exactitude d'analyse qui triomphe dans ses plus ineffables créations.

Au temps de Vinci, l'étude de l'anatomie était difficile ! et peu courante ! Peu ou pas de dissection, peu ou pas de traité d'anatomie. Léonard a eu le rare mérite de ne pas se contenter de la théorie, mais de s'initier, par l'observation directe, à la réalité pratique.

Seul, et réduit à ses propres investigations, Léonard de Vinci a cherché à connaître sur le cadavre, scalpel en main, l'anatomie de l'homme. Il fut si passionné d'anatomie, qu'il caressa le projet d'en publier un traité complet. Les difficultés étaient grandes, il les décrivait à un débutant : « Et si tu as l'amour d'une telle science, peut-être seras-tu empêché par la peur d'habiter, pendant les heures de la nuit, en compagnie de ces morts écartelés et épouvantables à voir ; si tu surmontes cette crainte, peut-être te manquera-t-il le dessin précis que suppose une telle description. Si tu as le dessin, auras-tu la perspective, et si tu l'as, auras-tu la méthode de démonstration géométrique et celle du calcul des forces et de la vigueur des muscles ; et peut-être enfin, te manquera-t-il la patience, condition de l'exactitude. Si toutes ces choses se sont trouvées en moi ou non, c'est ce dont rendront témoignage les 120 livres que j'ai composés sans être arrêté ni par la cupidité ni par la négligence, mais seulement par le temps. »

On est effrayé de l'œuvre accomplie dans l'ombre par un tel maître. On lui doit des notions d'anatomie comparée, qui le révèlent un grand précurseur. L'ostéologie, la myologie, le mécanisme de la respiration, l'embryologie. Naturellement, malgré malgré sa prescience géniale, Léonard a souvent erré et il ne faudrait pas lui attribuer la paternité de toutes les lois de physique... Avec M. Eug. Müntz, il faut conclure :

« Ce qui ne peut être contesté, c'est que Léonard de Vinci est le seul, dans l'histoire de l'humanité, qui ait su à la fois remonter aux sources les plus secrètes de la vérité, et en évoquer la beauté la plus radieuse ; réunir en lui la science d'Aristote et l'art de Phidias. » Avec Cabanès, nous ajouterons : « Il a su s'élever, pour l'amour de cette science et de cet art, au-dessus des préjugés admis de son temps, s'exposant à tous les dangers (on sait que l'Inquisition fut maintes fois sur le point de se saisir de lui). Cela seul lui vaudrait le respect admiratif de tous ceux que passionne la recherche de la vérité. »

Cervantès. — En décrivant admirablement l'histoire d'un fou, et en suivant pas à pas les étapes de sa maladie, le célèbre auteur de *Don Quichotte de la Manche* a laissé un véritable ouvrage de psychiatrie.

Pour parfaire cette preuve, qui paraît être toute d'imagination, Cervantès a utilisé méthode et logique rigoureuses. Après une énumération de symptômes particulièrement bien étudiés, « Cervantès, dit le Dr Louveau, nous peint une intelligence, mais une intelligence malade, un maniaque, parce qu'il est né aliéniste, et, en opposition, un corps, mais un corps bien portant, c'est-à-dire un homme chez qui tout est sainement matériel... Cervantès voulut résumer en un seul être toutes les manifestations physiques et morales de la manie, qu'il avait observées éparses chez un grand nombre d'individus, et il créa Don Quichotte. » Ses différentes manies, les perversions effectives, l'anaphrodisie, les illusions sensorielles, la perversion sensoriale, les hallucinations, tout est décrit avec une parfaite compréhension médicale.

Après maintes analyses, on en est à se demander si c'est volontairement que Cervantès a créé un type parfait de fou, ou s'il a accumulé des apparences d'invraisemblables folies pour divertir le lecteur ? Il est difficile d'éclaircir ce point, mais qu'importe d'ailleurs, puisque savants et lecteurs y trouvent leur compte, et puisque nous pouvons être divertis sans que la science y soit malmenée !

Quoi qu'il en soit, Cervantès est un pionnier dans cette science que l'on nous dit récente.

La Fontaine. — Il fut, c'est incontestable, le génie le plus original, en même temps que le meil-

(1) CABANÈS, *Médecins amateurs*. Albin Michel édit., Paris.

leur des fabulistes. D'aucuns ont voulu prétendre que La Fontaine était un observateur si scrupuleux qu'il mettait en vers le fruit de ses observations. Il est difficile de le croire, et comment pourrions-nous en effet admettre par exemple « qu'un chat-huant, après avoir pris plusieurs souris, les entassa dans son nid, leur coupa les pattes avec son bec pour les empêcher de s'enfuir et les nourrit avec du blé pour pouvoir ensuite les dévorer à loisir ! » et cent autres exemples.

Certains critiques ont chicané, bien au contraire, sur le prétendu caractère de ces bestioles qui intéressent notre fabuliste. Il est, dans ses fables, des erreurs flagrantes ; qu'importe, d'ailleurs ? son but n'était vraisemblablement pas de faire un cours d'histoire naturelle. Mais, où il faut lui reconnaître une supériorité manifeste, dit Cabanès, c'est dans l'art de peindre, de silhouetter d'un seul vers l'aspect d'un être. Devons-nous citer des exemples : « Le héron, au long bec, emmanché d'un long cou » est resté légendaire, non moins que « dame belette au long corsage » et « la gent trotte-menu ». L'« animal aux longues oreilles » nous représente le lièvre mieux que ne le ferait une simple description.

Si la Fontaine n'a pas mis toute l'application désirable à se documenter, il a fait du moins preuve d'une curiosité scientifique qui, à l'époque, était une rareté.

Dans cette galerie de médecins amateurs, La Fontaine nous apparaît surtout comme amateur d'histoire naturelle, ou mieux comme naturaliste amateur.

Diderot. — Diderot, esprit curieux, homme de science, chercheur infatigable, fait ainsi sa profession de foi :

« Pas de livres que je lise plus volontiers que les livres de médecine ; pas d'hommes dont la conversation soit plus intéressante pour moi que celle des médecins. » Il se plaît à la traduction de l'important dictionnaire universel de médecine, de chimie et de botanique de Robert James, qui ne comprend pas moins de six volumes in-folio.

C'est en faisant cette traduction quelque peu embrouillée qu'il eut l'idée de faire un inventaire plus précis des sciences de son époque : l'Encyclopédie, à laquelle collaborèrent des hommes remarquables dont certains noms nous sont restés.

Il avança des théories hardies sur l'origine de la vie, et avant Darwin et Lamarck conclut à la « transformation » des êtres.

Il devance la physiologie moderne, accorde aux animaux l'intelligence. Avec Bordeu, il dit : « Il y a trois vies distinctes : la vie de l'animal entier, la vie de chacun de ses organes, la vie de la molécule.

« L'animal entier vit, privé de plusieurs de ses parties. Le cœur, les poumons, la rate, la main, presque toutes les parties de l'animal vivent quelque temps séparées du tout... »

Cabanès nous dit : « Grâce à Bordeu, Diderot eut un instant la pensée de composer une anatomie générale, ce fut Bichat que la réalisa ; mais c'est dans ses conversations avec Bordeu (1), avec Leroy avec Rouelle et quelques autres, que Diderot puisa l'idée de ses *Éléments de physiologie*. Avide de savoir, cueillant sur les lèvres hésitantes de ses interlocuteurs le mot qu'on n'ose pas prononcer, le trouvant avant eux, énergique, précis, suggestif... C'est passionnément qu'il se livre à des études de physiologie, et plus il avance dans ses travaux philosophiques, plus grand devient en lui le souci des sciences biologiques. »

Malgré tous ces dons de chercheur inventif et original, Diderot eût fait un médiocre médecin, on en a eu quelques preuves dans différents cas ; au reste, il prétendait que la santé se raccommode plus vite « quand la Faculté ne s'en mêle pas ». Mais Bordeu était toujours à ses côtés dès qu'il était souffrant.

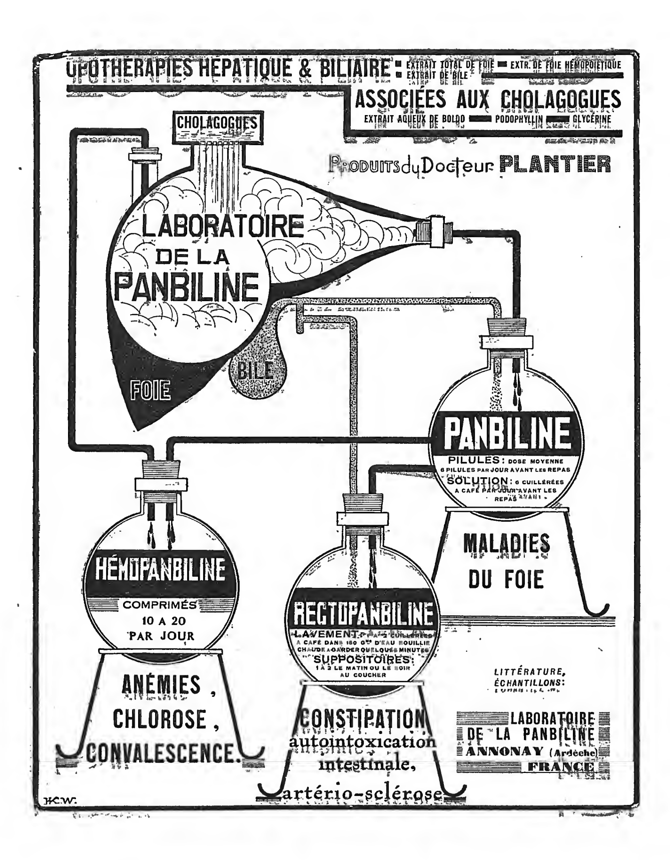
Il eut quelques accès de mauvaise humeur contre les médecins. « Ce que je vois tous les jours de la médecine et des médecins, ne me les fait pas estimer davantage. Naître dans l'imbécillité, au milieu de la douleur et des cris ; être le jouet de l'ignorance, de l'erreur, du besoin, des maladies, de la méchanceté et des passions, retourner pas à pas à l'imbécillité, du moment où l'on balbutie jusqu'au moment où l'on radote ; vivre parmi des fripons et des charlatans de toute espèce ; s'éteindre entre un homme qui vous tâte le pouls et un autre qui vous trouble la tête ; ne savoir d'où l'on vient, pourquoi l'on est venu, où l'on va : voilà ce qu'on appelle le présent le plus important de nos parents et de la nature : la vie ! »

Il est partisan de l'initiation précoce chez les jeune filles, et prêche d'exemple en mettant sa fille en garde contre les pièges que peut lui tendre la salacité masculine.

Un précurseur... un savant... un philosophe, « un de ces promoteurs d'idées dont la science profite même quand ils se trompent... » voilà Diderot.

Mirabeau. — Mirabeau, dit Cabanès, avait des prétentions à tout savoir ! A « l'entendre, la médecine ne lui était pas plus étrangère que les autres connaissances humaines. Certes il en disputait avec abondance au point d'étonner les médecins qui lui prodiguaient leurs soins. On conte que son valet de chambre surprit, un jour, une conversa-

(1) Cf. *Théophile de Bordeu*, par le Dr Molinéry 3e édition.



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE — EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE
EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO — PODOPHYLLIN — GLYCÉRINE
PRODUITS du Docteur PLANTIER
CHOLAGOGUES
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES : DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION : 6 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT CUILLERÉES A CAFÉ DANS 160 G^MES D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES : 1 À 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION autointoxication intestinale, artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
H.C.W.

VARIÉTÉS *(Suite)*

tion entre le Dr Petit et un de ses confrères, au cours de laquelle le maître respecté dont nous venons de citer le nom se serait écrié : « Cet homme « parle sur la médecine aussi bien que le premier « médecin »... et son interlocuteur de répondre : « C'est sur toutes sortes de choses en général, qu'il « parle ainsi. Dans sa maladie, il n'a pas décessé de « parler pour les affaires (*sic*) et prévenir les choses « qui, malheureusement, sont arrivées. »

Il est certain que Mirabeau fut tout à la fois hygiéniste, puériculteur et médecin consultant. La première fois qu'il nous apparaît sous ce jour, enfermé au donjon de Vincennes et en correspondance avec Sophie Le Monnier qu'il avait enlevée quelques années auparavant, c'est une véritable révélation ! Il donne toutes les directives pour les soins à donner à l'enfant, prescrit lui-même les médicaments.

Il se plaint lui-même beaucoup, c'est un grand arthritique ; il veut bien consulter, mais n'en fait tout de même qu'à son idée, et sa correspondance à Sophie est un perpétuel échange de conseils. Il ne faudrait croire, cependant, qu'il se juge apte à tout guérir ! témoin cette lettre à Sophie : « Consulte, je t'en conjure, je te l'ordonne au nom de l'amour, consulte un habile homme, grand théoricien : ne cache rien, les réticences sont une pudeur fort mal entendue quand il s'agit de santé... »

Et plus tard, alors qu'il est mieux renseigné :

« Point, absolument point de pavot ; du camphre et des bains, s'il te fallait sérieusement des calmans... Non, très décidément non, je ne veux pas que tu brûles des pastilles d'ambre dans ta chambre ; c'est un parfum beaucoup trop violent pour tes nerfs...

« Je voudrais savoir en détail quel est ton régime. Peux-tu prendre des bains ? Si tu le peux fais-le, et encore mieux monte à cheval. Ne lis pas, n'écris pas tard ; obstine-toi à trouver le sommeil, fût-ce dans mes bras (en imagination s'entend) ; reste beaucoup dans ton lit. Ah ! Sophie, Sophie, soigne ma vie.... »

Il revient sur la question du sommeil qui lui apparaît à raison primordiale :

« Chère amie, dors, je t'en conjure ; force-toi à dormir, lutte contre l'insomnie... suis un régime rafraîchissant, bois du lait, dors, ne passe point de nuits, pas même pour me répondre...

« Dors, dors longtemps, et lors même que tu ne pourrais pas dormir, repose-toi dans ton lit. Ne discontinue plus le lait. Parle moi de cette toux, mais pour me dire qu'elle n'est pas revenue... »

Mais Mirabeau puériculteur et hygiéniste est particulièrement bien inspiré.

Il s'élève en termes très heureusement choisis contre un préjugé qui voulait que toute femme grosse fût saignée :

« Il n'y a pas plus de raison, écrit-il à Sophie, de saigner une femme grosse qu'une autre, à moins que la nature n'en indique le besoin, ce qu'elle fait souvent par de grands maux de tête, des éblouissements et, en un mot, des symptômes qu'il ne faut pas être médecin ou chirurgien pour reconnaître. »

A la veille de l'accouchement, il redouble de recommandations :

« Ne pas t'inquiéter de cette crise si naturelle et si facile à supporter à ton âge... ne fais aucune imprudence : songe que c'est la moitié de moi-même sur laquelle tu attentes, quand tu ne soignes pas ta santé. Ne hâte pas ton accoucheur, souffre sans impatience. c'est à la nature de te délivrer...

« Si, par un heureux hasard, cette lettre te parvient avant tes couches, demande à nourrir ton fruit. Certainement ce serait un grand avantage pour ta santé et pour la sienne ; ce serait pour toi une source intarissable de consolation et de jouissances.

« Une véritable mère ne doit pas seulement produire ; elle veut nourrir et entretenir encore, comme la terre, cette mère commune de tout ce qui a vie. »

Cependant la petite Gabrielle-Sophie est confiée à une mercenaire et est très délicate, il donne des conseils :

« Qu'on la lave beaucoup et toujours avec de l'eau froide ; qu'on l'y plonge : elle frémira d'abord, elle s'y plaira ensuite. »

La dentition l'inquiète beaucoup, il donne de sages conseils, prévoit presque que sa fille lui sera enlevée à la suite de convulsions de dents. Il ne veut pas de maillots pour sa fille ; il persifle et attaque les accoutrements de l'époque, les corsets, les coiffures, les tournures, autant de moqueries et de raisonnements sages. « Pour ma fille, dit-il, qu'elle n'ait absolument que de simples corsets de toile, très lâches, très aisés, et qu'on laisse cette charmante enfant venir comme voudra la nature. C'est la plus savante et presque la plus tendre des mères. »

Ayant eu à souffrir des méfaits de la variole, il désire l'inoculation précoce. « C'est un devoir sacré pour les pères et mères que de donner à leurs enfants le secours de ce préservatif admirable et parfaitement sûr. »

Comme on le voit, Mirabeau, dans cette correspondance trop longtemps ignorée, se classe, dit Cabanès, parmi les meilleurs des nôtres.

Bernardin de Saint-Pierre. — Médecin ? peut-être, mais avant tout naturaliste, Bernardin de Saint-Pierre, dans ses *Etudes de la Nature*, s'est révélé particulièrement un maître. « Toutes les lois

de la nature sont dirigées vers nos besoins » et, partant de là, voilà les arguments qui naissent en masse, et les explications les plus ingénieuses nous sont données. Tout y est expliqué par une intervention bienfaisante de la Providence, l'origine des marées, la forme des pôles, etc., tout semble naturel, et si quelques erreurs s'y glissent, tant de bonté et de simplicité se révèlent que nous sommes séduits ! Un doux rêveur, un imaginatif, mais qui voit en rêve bien des réalités, Bernardin de Saint-Pierre fut un véritable précurseur dans bien des voies, et Darwin plus tard reprendra sa conception.

Nommé intendant du Jardin royal des Plantes en remplacement de M. le chevalier de Buffon « pour ses connaissances et ses talents », il ajouta au célèbre jardin une ménagerie (Cf. la récente et remarquable monographie de M. le professeur Louis Roule).

Bernardin de Saint-Pierre, nous dit Cabanès, a pressenti Pasteur! Ce passage de l'auteur des *Harmonies* a sa valeur et mérite d'être cité.

« Je crois, écrit-il, qu'on peut attribuer la plupart des maladies contagieuses à des animalcules, qui vivent dans des fluides et qui s'attachent à des corps au moyen desquels ils se communiquent par le contact. Il est certain qu'elles s'engendrent toutes par des temps chauds et humides, qui sont les grands mobiles des générations végétales et animales. Ces mêmes maladies ne cessent que par des froids rudes ou des chaleurs arides si contraires à toute espèce de génération. Celles qui naissent uniquement de la corruption de l'air ne se communiquent point par le contact : telles sont les fièvres d'automne et celles des pays marécageux.

« Quant aux autres, comme les dartres, la gale, la lèpre, les maladies péduculaires et vermineuses, les fièvres pourprées, la rougeole, la petite vérole, la rage et la peste, qui ne se communiquent que par un attouchement plus ou moins intime, elles paraissent devoir leur origine à des animalcules invisibles qui vivent dans nos humeurs viciées et s'attachent même à de simples linges... »

N'est-ce pas curieux de constater tant de bon sens scientifique ! si loin de nous !

Notre auteur prodigue des conseils bien venus, souvent efficaces, méprise un peu les médecins... il ne fut pas le premier non plus à recourir à eux, alors qu'il éprouve quelque crainte, et c'est toute notre revanche que de tout mettre en œuvre pour aider la nature à guérir nos contempteurs.

Maine de Biran. — Fils de médecin particulièrement remarqué, Maine de Biran eût certes fait lui aussi un médecin de valeur, si sa santé le lui eût permis ! Attiré tout particulièrement par les problèmes qui touchent aux rapports du physique et du moral, ce fut, dit Victor Cousin, le plus grand méthaphysicien qui ait honoré la France depuis Malebranche

« Fondateur et président d'une société médicale, Maine de Biran a écrit un *Traité des rapports des sciences naturelles avec la psychologie.* Il s'est préoccupé de la question du sommeil, de celle des songes, et du somnambulisme. »

C'est aussi un précurseur. Ne fut-il pas grand maître en matière d'hygiène sociale, et ne voulut-il pas avant tout le bien du peuple !

Malade et vieillissant, le philosophe « devait s'incliner vers une religion seule capable de transformer la souffrance du corps en une inaltérable joie de l'esprit. »

Il fut un être ultra-sensible, un homme supérieur, un psycho-physiologiste (avant l'appellation), un malade, bien fait pour sonder le mal, l'analyser, le déceler... un peu en praticien.

Nous avons analysé ailleurs son séjour à Saint-Sauveur avec son médecin Delpit. Son traitement auprès des célèbres eaux pyrénéennes nous vaut de curieuses observations. Sous peine de redites, nous ne pouvons y revenir ici.

Dr R. MOLINÉRY (Luchon).

UN DICTIONNAIRE D'ANTIQUITÉS

« J'avoue mon goût pour les anciens, écrivait Montesquieu. Cette antiquité m'enchante, et je suis toujours porté à dire avec Pline : « C'est à « Athènes que vous allez, respectez les dieux (1). » Même aujourd'hui il y a encore, en dehors des écoles, un public assez large qu'intéressent les antiquités. C'est à lui que s'adresse particulièrement le *Dictionnaire de mythologie et d'antiquités* dont la rédaction a été confiée à M. Pierre Lavedan (2). L'illustration en est abondante : plus de mille clichés, photographiques ou gravés. Le choix et la disposition en sont judicieux. Par exemple, on a réuni de chaque divinité plusieurs

(1) Dans la même lettre de Pline le Jeune à laquelle fait allusion ici Montesquieu, on trouve encore ce mot curieux : « Vois les médecins : bien que dans la maladie il n'y ait aucune différence entre les esclaves et les hommes libres, ils montrent néanmoins plus de douceur et d'égards envers les hommes libres. » Ce qui ne permet pas de conclure que les esclaves fussent soignés moins consciencieusement, mais que les médecins faisaient plus de façons avec des malades de condition plus relevée.

(2) *Dictionnaire illustré de la mythologie et des antiquités grecques et romaines*, par M. Pierre Lavedan, chargé de cours à la Sorbonne. Un volume in-8 Jésus de 1037 pages avec 1015 illustrations (1932), Paris, Hachette.

VARIÉTÉS *(Suite)*

représentations figurées : l'article *Aphrodite* offre dix-sept images, dont douze des plus célèbres statues. Citons encore les articles *Hermès* et *Apollon* (1). Qu'il s'agisse d'arcs de triomphe, de portes, de ponts, les monuments de même destination sont rapprochés. On remarquera aussi la documentation des notices : *Métope*, *Victoire* (2), etc. Ajoutons des peintures de vases, des fresques (*Culte d'Isis*, *Jason et Pélias*, *Sacrifice d'Iphigénie*), des mosaïques (*Bataille d'Issos*) (3), divers objets et ornements de cet art égéen, la plus précieuse des révélations récentes de l'antiquité. Comme l'auteur a écrit naguère une histoire de l'*urbanisme*, on peut penser que la disposition et la construction des villes n'ont pas été oubliées : les articles *Mur*, *Nécropole*, *Château d'eau*, beaucoup d'autres, en fourniraient la preuve. On tient compte aussi des faits économiques et industriels. La connaissance des institutions et du droit, les progrès de l'archéologie, l'étude de la céramique, des interprétations mythologiques renouvelées, des aperçus sur les cultes orientaux donnent du prix à maints articles (4).

Les médecins aimeront en général à se reporter d'abord aux notices concernant l'histoire de leur art. L'article *Médecine et médecins* satisfera en premier lieu leur curiosité. Nous ne ferons que quelques menues remarques. « Les *Aphorismes* (d'Hippocrate) où il est question de l'air, de l'eau, de la position... » : cette phrase semble confondre deux ouvrages hippocratiques : le traité *Des airs, des eaux et des lieux* et les *Aphorismes*. *Hellébore* est écrit ici par un *h* ; sans aspiration à l'article *Pharmacie :* simple manque d'uniformité. *La* colchique (article *Lait*) est plus fâcheux. De même : « Cueillir de nombreux échantillons des trois règnes » (?). Outre Machaon et Podalire, l'*Iliade* (N 213, Π, 28) paraît faire mention d'autres médecins guerriers. On croirait percevoir quelquefois un écho d'ironies traditionnelles et obligées : la science des médecins militaires peu estimée de Galien ; les fautes des jeunes médecins ; l'entente des chirurgiens et des médecins.

Voici les principaux autres articles touchant des questions médicales : *Asclépiades* et *Asclépios* (pour les Asklépieia, voir aussi *Sanctuaire*) *Chirurgie*, *Hôpitaux*, *Massage*, *Pansement*, *Fièvre*, *Dentistes*, *Oculistes*, *Sages-femmes*, *Pharmacie*, *Thériaque*, *Hygie* (et *Salus*), *Serapis*, *Télesphore*, *Valetudo*. On souhaiterait un article *Vétérinaire*. Le médecin qui consultera ce savant ouvrage s'apercevra bientôt que l'article *Prostate* n'a rien de médical, pas plus que l'article *Diptère* n'a trait à l'histoire naturelle. L'expression *restitutio in integrum* devenue assez courante en anatomie pathologique est, comme on peut voir, un terme de procédure.

A l'article *Véhicules* il est parlé de l'*angara* (? Cf. Hérodote VIII, 98 ; Eschyle, *Agamemnon*, 282). Mais on voudrait trouver mention de l'*arcera*, « chariot couvert, dit Rich, et tout revêtu de planches qui lui donnaient la forme d'un vaste coffre ; on s'en servait à Rome pour transporter les invalides ou les personnes âgées et infirmes ». A ce propos on lit chez Aulu-Gelle de curieuses réflexions, dans l'éloge de la Loi des XII Tables par Sextus Cæcilius. Au même article, à côté de la *réda*, on aimerait voir mentionné, comme voiture à quatre roues, le *petorritum*, ne serait-ce que pour la curiosité du nom, et le *pilentum*, carrosse de gala qu'ont nommé Virgile et Horace.

La *boîte à médicaments* (πυξὶς ἰατρικὴ, νάρθηκιον) était comme la trousse du médecin. Le *narthe-*

(1) A propos de l'Apollon Sauroctone, il est un peu inexact de dire simplement que le dieu joue avec un lézard. Le jeu consiste à vouloir le tuer avec une flèche : *cominus sagitta*, dit Pline. W. Fröhner a fait une remarque qui peut trouver sa place ici : « Il ne faut pas oublier qu'Apollon est une des divinités sanitaires, et que chez les anciens le lézard entrait dans beaucoup de préparations pharmaceutiques. »

(2) Mais combien plus belle serait l'image de la Nikè d'Olympie non restaurée. On voudrait encore une reproduction des Nikès d'Epidaure.

(3) L'article *Mosaïque* nous remet en mémoire un obscur distique de Martial (*Apophorèta*, 82) :

In pretio scopas testatur palma fuisse,
Otia sed scopis nunc analecta dabunt.

Nombre de commentateurs corrigeant le dernier mot en *dedit*, entendent *analecta* (masc. sing.) « l'esclave qui ramasse les débris » et voient dans l'épigramme une allusion au congé des *Saturnales*. Mais si on garde *dabunt*, il faut entendre : « La palme (ou le palmier) [dont il est fait] atteste que le balai [que voici] a été estimé (soit que la ou les palmes aient été choisies, soit qu'un balai fait de palmes soit plus luxueux qu'un balai fait de brins de bouleau : Voy. l'article *Balai*, du *Dictionnaire* de M. Lavedan) ; mais maintenant les miettes donneront des loisirs au balai. » Alexander ab Alexandro (*Geniales dies*, IV, 21, t. I, p. 1158 de l'édition de 1673) expliquait ingénieusement au moyen de ce que Pline l'Ancien (XXXVI, 25) rapporte au paragraphe des mosaïques : « Dans ce genre, l'artiste le plus célèbre fut Sosus qui fit à Pergame l'*Asarotos œcos* (la *maison non balayée*). On la nomme ainsi parce qu'il avait représenté en petits carreaux teints de différentes couleurs les débris du repas qu'on a coutume d'enlever avec le balai et qui là semblent avoir été laissés. » *Asarôton* a désigné une mosaïque, aussi bien que *lithostrôton* (Stace, *Silves*, I, III, 56. Cf. Hor., *Sat.* II. IV : 83, *lapides varios*). Le goût du trompe-l'œil fournirait un curieux chapitre de l'art et des coutumes antiques. Il se manifestait curieusement en cuisine : voy. la note de Lejay à Horace, *Satires*, II, VIII, 28, à quoi on peut ajouter Tite Live XXXV, 49 : festin uniquement composé de porc, dont on varie les saveurs, sous d'autres noms, par l'assaisonnement. Voy. aussi la fin du livre VIII des *Métamorphoses* d'Apulée. (Sur la prédominance du porc dans l'alimentation des Romains, voy. O. WEISE, *Caractères de la langue latine*, p. 72 de la trad. Antoine ; Cf. Cicéron, *Natura deorum*, II, 160).

(4) Citons encore une carte des routes de la Gaule, le phare de Boulogne-sur-Mer, la galère du lac Némi.

cium est nommé dans Cicéron (*De fin.* II, 22), aussi dans les *Apophorèta* de Martial : « Tu acceptes le cadeau de ces narthecions (boîtes en ivoire de médecine) que Pactius souhaiterait posséder », boîtes probablement cylindriques comme la tige de la férule (νάρθηξ). Dans Lucien (*Lucius*, § 14), Palestra s'est trompée de boîte et quand Lucien se frictionne afin d'être changé en hibou, il devient un âne. Et dans le *Menteur*, le médecin Antigone raconte qu'il avait un Hippocrate d'airain, haut environ d'une coudée. Dès que la mèche de la lampe était éteinte, il parcourait toute la maison avec grand bruit, renversant les boîtes, bouleversant les drogues, poussant les portes, « surtout si nous différions de lui offrir le sacrifice que nous lui faisions chaque année ».

Sur le bas-relief de la *Mort d'Adonis* qui est au Louvre, une suivante d'Aphrodite apporte un coffret de médicaments dans lequel l'amant de la déesse blessé à mort prend des médicaments pour arrêter l'écoulement de son sang.

Si on ne trouve pas d'article *Serpent*, il suffit, pour trouver ce qui concerne cet animal, de se reporter à l'article *Animaux sacrés*, qui renvoie en outre à l'article *Mort*. Le serpent fut dès l'origine un attribut du culte et des statues d'Esculape, en tant qu'emblème de longévité et d'immortalité. On voit aussi Hygieia recueillir dans une coupe la bave du serpent, panacée et breuvage d'immortalité.

Une double figure de serpent était ordinairement représentée à côté des inscriptions interdisant de déposer des immondices en quelque lieu.

Le serpent était en ce cas l'image traditionnelle d'un *genius*. A cette conception correspond en grec l'ἀγαθοδαίμων, pendant *masculin* de la Bonne Fortune, observe M. Lavedan. Un Esculape du Louvre montre à la gauche du dieu un nain en manteau dans lequel l'illustre antiquaire Fröhner reconnut Agathodémon, représentant la *force virile*.

Signalons en passant l'article *Robigo*. C'est proprement l'*esprit* de la rouille, cause d'une maladie des céréales ainsi nommée. Pour écarter ce fléau, on célébrait chaque année, au 25 avril, des cérémonies sur la limite du territoire. Saint Augustin, dans la *Cité de Dieu*, considérant du point de vue commun *Robigo* comme une déesse, note qu'on aurait pu en faire l'économie en écartant le mal par l'adjuration d'une divinité supérieure : *nec deus Spiniensis, ut spinas ex agris eradicaret; nec dea Robigo, ut non accederet, rogaretur*. La procession chrétienne des *Rogations* fut substituée aux *Robigalia* (Voir Virgile, *Géorgiques*, I, 151 ; Ovide, *Fastes*, IV, 901, et cf. L. Duchesne, *Origines du culte chrétien*, 5e édit., p. 304 et suiv.).

Cette libre excursion à travers l'antiquité classique suffira à donner un aperçu de l'intérêt que présente le *Dictionnaire* de M. Lavedan. Si, comme le dit quelque part Erasme, *la curiosité est d'obligation à un médecin*, voilà une noble occasion de la cultiver (1).

Edmond LACOSTE.

(1) Consignons encore quelques remarques : *Léda* a son article, mais pour Ganymède, voir *Zeus*. Puisqu'il y a un article *Eloge*, on pourrait avoir un article *Consolation*. *Amulette* au féminin aurait fait de la peine à P.-L. Courier. Voici quelques articles qu'on regrette de ne pas trouver : *Egérie*, *Saisons* (mais voir *Grâces* et *Heures*, et la figure de l'article *Neptune*), *Teinture* (mais voir *Pourpre*), *Lessive* (mais voir *Savon*) ; *Stratagèmes*. Il semble qu'on ne trouve pas mention du *Criobole*, de la *Parasange*, du *Kissubion*. Puisqu'il y a un article *Huîtres*, il pourrait y en avoir un des *Champignons*. L'article *Castration* auquel renvoie la page 235, deuxième colonne, ne se trouve pas, et la mutilation des Galles n'est pas indiquée à leur article, mais à celui de la *Mère des dieux*. Cette mutilation a été infligée à un certain nombre des gravures. On a un article *Crainte*, terme de droit romain (*metus*), et un article *Peur* (φόβος) Mais on aimerait être averti d'après Homère que ce fils d'Arès qui opère la fuite (φόβος) de l'ennemi est lui-même *simul validus et impavidus*. On nomme à l'article *Mur*, sinon à l'article *Vol*, les perceurs de murailles, mais ce genre de voleurs assez particuliers à Athènes qu'étaient les *voleurs d'habits* (λωποδύται) ne paraît pas mentionné. La consigne de n'employer au titre des articles que des équivalents français des termes anciens, jointe à l'omission des références, est cause de quelques gaucheries. En soi, des termes tels que *congé* (terme d'architecture), ou *piquette* n'ont rien de spécifiquement ancien. L'article *Glykon* serait plus instructif si on y citait Lucien. L'article *Oculiste* devrait au moins citer la *lippitudo* qu'on trouve mentionnée des centaines de fois chez tant d'auteurs latins. L'article *Coq* devrait renvoyer aux articles *Alectruôn* et *Hippalectruôn* et même à l'article des *Vents* où l'on apprend que le coq leur était quelquefois sacrifié. L'article *État civil* aurait peut-être pu tirer parti pour Athènes d'une étude d'Émile Egger recueillie dans ses *Mélanges d'histoire et de philologie*.

DE L'INCORPORATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DANS UNE CITÉ SANITAIRE

Par le Dr Pierre JOANNON

Professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin-Inspecteur des épidémies à la Préfecture de police.

Un intéressant projet, en ce moment à l'étude, a trait à l'installation de la Faculté de médecine de Paris dans des bâtiments qui seraient construits sur le territoire d'Issy-les-Moulineaux.

Ce plan récent nous incite à attirer de nouveau l'attention sur l'opportunité de la création d'une cité sanitaire, groupement complexe dont la fondation a été préconisée par nous en 1930, époque à laquelle nous avons ici même défini sommairement ses caractères et ses raisons d'être (1).

(1) Pour la création d'une cité sanitaire (*Paris médical*, 12 avril 1931).

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nous avions proposé d'édifier la cité sanitaire le long du boulevard Victor, sur un terrain pouvant empiéter plus ou moins sur le champ de manœuvres d'Issy-les-Moulineaux.

Nous pensons que, loin de s'exclure, les deux projets peuvent s'amalgamer.

Indépendamment de motifs tenant à la topographie de la région — motifs que nous n'examinerons pas dans cette note, malgré l'intérêt que pourraient leur reconnaître ceux qui souhaitent que la zone résidentielle de l'agglomération parisienne se développe dans des conditions saines et dans de saines directions, — deux principales raisons militent en faveur de cette association : l'une, qui la rend juste, est l'importance croissante de l'hygiène et de la médecine préventive; l'autre, qui la rend nécessaire, est l'obligation de tenir compte des progrès accomplis dans le domaine médico-social, si l'on veut munir la Faculté de tous les moyens dont elle a besoin pour être notamment (car là n'est pas son unique fonction) une école d'application.

Avant d'accorder à chacune de ces deux raisons un bref exposé, il nous paraît indispensable de reproduire quelques passages de notre article antérieur.

Nous entendons par cité sanitaire un groupement d'édifices abritant des organismes distincts, tous consacrés à la défense de la santé publique.

La diversité de ces organismes et l'individualité nécessaire de chacun d'eux, loin de fournir des objections à leur rapprochement, doivent, ainsi que nous le verrons plus loin, apporter en faveur de celui-ci de solides raisons.

Nous énumérons ci-après quelques-uns des organismes qu'il serait souhaitable de pouvoir progressivement rassembler sur un terrain convenablement choisi :

L'Office national d'hygiène sociale;

De grands organismes spécialisés (comités nationaux, ligues, fédérations d'œuvres) ayant pour but la protection de l'enfance, la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer, l'assistance aux cardiaques, les progrès de l'hygiène mentale, le développement du service social ;

Certains services de l'Institut Pasteur (vaccins et sérums) ;

Certains laboratoires de la Ville de Paris ;

Certains compartiments de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris ;

L'École de puériculture de cette même Faculté ;

Un dispensaire-école assurant diverses consultations ;

Un centre d'examens préventifs (examens biophylactiques) ;

Un bureau de statistique sanitaire ;

Une exposition permanente d'hygiène et de technique sanitaire ;


ASEPSIE
DU
RHINOPHARYNX
INHALANT
POUDRE ET HUILE
L'INHALANT HUILE
s'emploie en pulvérisations ou en badigeonnages.
L'INHALANT POUDRE
s'emploie en inhalations dans l'eau chaude
Calmants antiseptiques non irritants.
décongestionnants des fosses nasales
Pas d'alcool, pas de cocaïne, neutralité absolue.
LABORATOIRES DUMOUTHIERS, 11, Rue de Bourgogne, PARIS.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Une maison syndicale pour les hygiénistes de carrière ;

Un bureau de poste avec T. S. F. (réception et émission) ;

Un hôtel pour certains visiteurs venant accomplir un voyage ou un stage d'études.

La juxtaposition de ces organismes augmenterait leur efficacité pour de multiples raisons dont nous n'énonçons ici que les principales.

En premier lieu, ils se connaîtraient mieux et les liaisons seraient, entre eux, commodes, confiantes, constantes : ils formeraient les éléments d'un tout, par l'effet d'une cohésion qui, sans compromettre leur indépendance, leur assurerait le double avantage de l'unité topographique et de la synergie fonctionnelle. Nous tenons à souligner qu'une alliance plus intime pourrait et devrait laisser subsister les caractères particuliers de leurs organisations et de leurs plans d'action respectifs, caractères adéquats aux buts qu'ils poursuivent et aux conditions dans lesquelles ils déploient leur activité : agglomération n'est pas fusion ; chacun aurait donc l'apaisante certitude de conserver sa physionomie et son dynamisme propres.

En second lieu, la puissance de chacun d'eux serait accrue non seulement par leur entr'aide mutuelle, mais aussi par la possibilité de créer certains services communs : mitoyens d'information, lieux de réunion, bibliothèque, cinémathèque, etc.), dont l'existence ou l'ampleur défierait les ressources particulières de chacun d'eux.

En troisième lieu et surtout leur rendement serait augmenté par la facilité plus grande avec laquelle tous ceux qui voudraient bénéficier de leur activité pourraient profiter de leurs conseils et de leur documentation. Les fonctions essentielles de la plupart de ces organismes sont, en effet, d'éduquer et renseigner les travailleurs sanitaires, d'animer et coordonner les efforts des œuvres disséminées sur le territoire, de vulgariser et de rendre populaires les notions et les mesures d'hygiène les plus indispensables, en vue de faire pénétrer les premières dans l'esprit public, les secondes dans les mœurs. Or, à l'heure actuelle, la dispersion et parfois l'insuffisante vitalité des organismes dont nous souhaitons l'agglomération en une seule ruche, sont des obstacles auxquels peut se heurter la bonne volonté de ceux qui s'adressent à eux, soit par correspondance, soit par un déplacement personnel.

La fusion du projet relatif à la Faculté de médecine et du nôtre conduirait à une conception élargie de la cité sanitaire. Celle-ci constituerait un ensemble dont la Faculté de médecine serait assurément la pièce maîtresse ; plus belle que nous ne l'avions d'abord imaginée, elle ferait à l'hygiène une part qui, ainsi que nous allons essayer de le démontrer, serait méritée.

La future Faculté de médecine ne pourra que

VARIÉTÉS *(Suite)*

gagner à posséder intrinsèquement, dans ses murs mêmes, un hôpital moderne. Celui-ci rendrait de grands services même si le nombre de ses lits était restreint, de plus vastes formations hospitalières étant construites à proximité, par exemple vers le plateau de Chatillon et de Clamart, qui semble favorable à l'application de sages principes d'urbanisme. Quelles que soient ses dimensions, cet hôpital local ou interne se prêtera fort utilement aux investigations scientifiques et aux exposés didactiques concernant la thérapeutique médico-chirurgicale. Ne serait-il pas juste que le souci de la prévention des maladies fût enfin représenté dans le concret d'un tout bien vivant, non seulement par l'Institut d'hygiène, sur la dotation duquel nous reviendrons plus loin, mais aussi par divers organismes qui pourraient d'autant mieux concourir à la défense de la santé publique qu'ils seraient, à tous égards, plus proches les uns des autres ?

Pour être digne de sa mission, c'est-à-dire pour bien élaborer et dispenser l'enseignement dont elle est chargée, la Faculté de médecine doit être et un centre de recherches et une école d'application. Il importe donc que l'Institut d'hygiène, qui en fait partie, dispose notamment de moyens d'instruction pratique équivalant à ce qu'est l'hôpital pour l'enseignement de la clinique. Il faut que la direction effective de certains services publics ou une liaison étroite avec eux lui permette, par exemple, de montrer aux étudiants le fonctionnement d'un dispensaire ou de mettre les futurs hygiénistes de carrière en présence de difficultés identiques à celles qu'ils rencontreront plus tard. Le fait que ces services desserviraient d'une part un district étendu de Paris, d'autre part une ou plusieurs localités de la banlieue, milieux assez différents à divers points de vue, augmenterait le caractère instructif des visites et des stages que l'Institut d'hygiène pourrait organiser sur place, soit avec ses ressources propres, soit avec le concours d'administrations et d'œuvres privées comprenant que, pour le bien de tous, il faut l'aider à ouvrir ses portes sur la ville.

En conséquence, pour les raisons précédentes (comme pour bien d'autres non moins inéluctables) la Faculté de médecine ne saurait à l'avenir ressembler, ni dans sa structure ni dans son fonctionnement, à ce quelle a eu l'honneur d'être jusqu'ici. Du reste, le choix des personnalités appelées à décider des transformations inhérentes à son éventuel transfert donne la certitude que, si elle doit quitter ses locaux actuels, le soin de dessiner sa nouvelle physionomie ne sera pas laissé aux architectes seuls, ou, pour mieux dire, aux seuls architectes de la pierre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 avril 1932.

Césarienne (hystérotomie) pour perforation utérine. — M. R. BONNEAU communique l'observation d'une jeune femme chez laquelle une laminaire introduite dans l'utérus n'a pu être retirée et qui, de mauvaise qualité, a été brisée en morceaux au cours de manœuvres d'extraction. La malade est adressée à l'auteur le lendemain ; après avoir extrait plusieurs fragments de la laminaire, il constate la présence d'une perforation antérieure de l'utérus, procède à une laparotomie, puis à une césarienne qui donne la certitude qu'il ne reste plus de corps étranger intra-utérin et permet, de plus de faire une myomectomie.

Abcès herniaire pleural d'un sac déshabité. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une femme qu'il a opérée pour une tuméfaction pleurale qui était un ancien sac herniaire contenant du pus fétide.

Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort du fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison. — M. G. LAURET fait un rapport sur un travail de M. Francis Gilbert (de Briey) concernant une grossesse tubaire opérée au onzième mois par hystérectomie subtotale. Le diagnostic, souvent possible par l'histoire clinique associée aux signes objectifs, est grandement facilitée par la radiographie. Les caractères et les rapports anatomiques du kyste fœtal, très différents selon qu'il s'agit d'une grossesse abdominale ou à développement tubaire, règle la conduite chirurgicale applicable à chaque cas particulier.

A propos d'un cas de salpingorragie bilatérale d'origine probablement syphilitique. — M. BYRTY communique l'observation d'une jeune femme qu'il a opérée pour inondation péritonéale sanguine, due à une salpingorragie bilatérale. L'origine de celle-ci semble être une manifestation de la syphilis pour laquelle la malade était cependant traitée depuis deux ans.

Traitement ostéo-synthétique du mal de Pott par greffon tibial rigide placé dans la crête épineuse dédoublée, au niveau des corps vertébraux malades. — M. JUVARA (de Bucarest), décrit, dans ses détails, la technique chirurgicale du traitement ostéosynthétique du mal de Pott selon la technique d'Albee.

Déviation latérale de la mâchoire avec prognathisme. Correction par résection condylienne. — MM. DUFOURMENTEL et DARCISSAC pérsentent un cas de déviation latérale de la mâchoire accompagné de prognathisme accentué dont la correction a été obtenue par la résection totale du condyle du côté opposé à la déviation suivie de contention en bonne position par un appareil intrabuccal. Les auteurs exposent à nouveau la technique de la résection condylienne qui est le traitement de choix pour la réduction du prognathisme et des déviations latérales. Ils font la comparaison de ce procédé avec les diverses méthodes proposées antérieurement et concluent que la résection condylienne reste à leurs yeux l'opération la plus simple et la moins entachée de séquelles.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 23 mai 1932.

Les injections intratissulaires d'eau d'Uriage dans le traitement des salpingites. — M. PAUL SAPPEY (de Grenoble) rapporte 3 cas types, donnant la note de ce qu'il peut obtenir par les eaux d'Uriage, 3 cas indiscutables, puisque la preuve en est dans les documents fournis par les chirurgiens eux-mêmes. Pour chacun de ces cas, ces chirurgiens avaient formellement posé l'indication opératoire ; l'intervention ne fut différée qu'en présence de la crainte des malades, et c'est en toute dernière ressource que la cure d'Uriage fut tentée.

Deux de ces observations datent de 1929, l'autre de l'an dernier. Les trois malades présentaient des salpingites graves très douloureuses avec phénomènes de pelvi-péritonite et de douglassite et furent complètement guéries par la cure d'Uriage.

L'originalité de la technique de la cure réside dans l'emploi des injections intratissulaires quotidiennes, intraveineuses ou intramusculaires d'eau d'Uriage prélevée telle quelle à la source quelques minutes auparavant, concurremment avec les méthodes thermales classiques : bains et injections vaginales à eau courante.

D'après l'auteur, ces résultats surprenants sont dus au fait que l'*eau d'Uriage est injectable*, propriété qu'elle est *seule* à posséder parmi le groupement de toutes les eaux sulfureuses. Ses divers travaux ont prouvé qu'elle était *isotonique, aseptique* et *antiseptique*, que son introduction quotidienne dans les tissus entraînait systématiquement une augmentation du nombre des globules rouges, une diminution des globules blancs et le rétablissement de l'équilibre leucocytaire.

L'action anti-infectieuse interne paraît manifeste de par la corrélation absolue existant entre les faits expérimentaux, les recherches de laboratoire, et les résultats cliniques.

Le fibrome granuleux. — M. F. JAYLE (de Paris) présente un gros fibrome pédiculé dont la surface granuleuse répond à la coupe à une accumulation de petits granulés. Cet aspect microscopique est rare, et M. Jayle propose de le désigner sous le nom de fibrome granuleux. Au moment de l'opération la tumeur parut de nature maligne, d'autant plus qu'elle était très vascularisée et enflammée par suite de la coexistence d'une salpingite double suppurée avec adhérences. L'examen histologique montra que les granules étaient des amas lobulés de fibres musculaires lisses, que la lobulation était accentuée, très souvent, par le tissu conjonctivo-vasculaire périphérique et que ce tissu, en de nombreux points, était mou, lâche, frappé par places de fonte sénile autolytique, fonte entamant les lobules myomateux et les isolant encore davantage. Rapprochant ce cas d'un autre fibrome pédiculé fortement lobulé, commençant à présenter par places l'aspect granuleux et également compliqué de suppuration, M. Jayle pense que l'aspect granuleux est dû en partie à l'inflammation concomitante, les deux causes aboutissant à la fonte lytique périlobulaire.

SOCIETES SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mai 1932.

Présentation d'appareil. — MM. BÉCART et TARDIEU présentent un nouveau bandage herniaire pour hernie inguinale. Ce nouveau bandage comporte un coussin ou bourrelet souple placé sur la hernie à contenir et maintenu en position par une bretelle, de préférence symétrique à la hernie, c'est-à-dire passant sur l'épaule gauche pour une hernie située à droite.

Chirurgie intrathoracique et pneumothorax artificiel préalable. — M. PETIT DE LA VILLÉON rapproche l'une de l'autre les deux méthodes proposées pour la chirurgie intrathoracique : celle de Arcé (de Buenos-Ayres) par pneumothorax préalable par étapes ; celle de Lama (de Montevideo) par opération en deux temps et soudures des plèvres. Il s'attache à montrer les avantages que peuvent avoir chacune de ces méthodes suivant les cas opératoires sur le poumon et le médiastin.

Observations de fractures successives dans des cas de maladie de Recklinghausen et de maladie de Paget. — M. C. RŒDERER rappelle que la fracture peut être le premier symptôme, le symptôme-signal dans les maladies osseuses d'évolution très lente et de symptomatologie silencieuse au début. Ces fractures font de beaux cals solides et dans les délais normaux. L'étude complète des radiographies des malades en cause, motnre que les aspects du Recklinghausen et du Paget sont conjugués, et cette constatation est peut-être à inscrire, à côté du test biologique et de l'argument thérapeutique, en faveur de la théorie uniciste apparentant ces deux affections.

Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis. — M. GALLIOT montre l'intérêt qu'il y a dans le traitement de la syphilis à associer un lipoïde hépatique aux sels liposolubles de bismuth. Cette association (basée sur les travaux de Levaditi et Nicolau) paraît devoir renforcer l'action thérapeutique du bismuth et permettre une cicatrisation plus rapide des lésions syphilitiques. De même, cette association permet en outre d'éviter les petits inconvénients d'intolérance.

Calculs endogènes de la prostate. — M. GEORGES LUYS présente une étude détaillée des calculs endogènes de la prostate, trop souvent ignorés et qui ne peuvent être bien diagnostiqués que par la radiographie. Jusqu'ici, l'évacuation des calculs endo prostatiques, se faisait par voie périnéale ou par voie hypogastrique, et la prostatectomie en était l'aboutissant. Mais ces opérations étaient vraiment hors de proportion avec les lésions. M. Luys présente un nouveau traitement qui lui a donné les plus beaux succès. Sous le contrôle de la vue, avec son urétroscope à vision directe, il creuse, à l'aide de l'électro-coagulation, de profondes tranchées sur le plancher de la fossette prostatique, en se guidant sur les points de repère fournis par la radiographie. Quelques jours après, lorsque les escarres sont tombées, les calculs endogènes de la prostate, rendus ainsi libres, s'éliminent spontanément par mictions naturelles.

Les cancers gastriques de « la crise ». — M. VICTOR PAUCHET précise que la cure chirurgicale du cancer de l'estomac est aussi réalisable que celle de tous les cancers, à condition que le diagnostic soit précoce. Celui-ci s'établit par le sens clinique, le tubage, la radiologie, la gastro-photographie, l'incision exploratrice. Or, M. Pauchet a observé au cours de ces derniers mois, et surtout de ces dernières semaines, de nombreux cas de cancers d'estomac, sinon inopérables, du moins compliqués.

Ces complications avaient pour cause le recul des malades devant l'opération par mesure d'économie.

M. PAUCHET insiste sur la nécessité de l'opération, la résection immédiate donnant au malade les plus grandes chances de guérison définitive. Or, si le malade a refusé l'intervention, c'est parce que son médecin a manqué de sens psychologique. Il faut persuader le malade très tôt pour le guérir sûrement.

A propos de la radiothérapie des fibromes. — M. DEGRAIS prend la défense de la radiumthérapie. Il précise que les applications intra-utérines de radium ont une action sur les ovaires, puisqu'elles entraînent la ménopause, et qu'une action directe peut même être obtenue par applications sur l'abdomen. Il nie les radium-métrites qui en seraient les conséquences.

Enfin il considère l'action sur la muqueuse comme indispensable et constituant un avantage des applications intra-utérines de radium sur les applications de rayons X qui arrivent très diminués à la muqueuse.

P. PROST.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 12 juillet 1932.

Maladie de Lobstein. — MM. BABONNEIX, DUCROQUET et Mlle WILM présentent un nourrisson atteint de fragilité osscuse congénitale chez lequel l'examen chimique du sang a révélé une hypercalcémie légère.

Ectromélie des quatre membres. — MM. LEREBOULLET, BENOIST et VANIER présentent une enfant d'un mois, née à terme, qui n'a ni bras ni jambes ; les ceintures scapulaire et pelvienne sont toutefois conservées et il existe un moignon rudimentaire de membre inférieur droit. La radiographie permet de préciser les détails du squelette.

Un cas d'érythème polymorphe avec syndrome infectieux grave et méningite lymphocytaire curable. — MM. RENÉ MARTIN, CHASSIGNEUX et PARIS rapportent l'observation d'un enfant qui après trois jours d'un état infectieux indéterminé présenta un syndrome méningé accompagné d'une éruption à type d'érythème polymorphe.

La ponction lombaire ramenant un liquide clair, amicrobien, contenant une grosse quantité d'albumine et plus de 150 lymphocytes au millimètre cube, permit d'éliminer le diagnostic de méningite cérébro-spinale. De nombreux examens bactériologiques et des inoculations au cobaye et au singe n'ont pas permis de mettre en évidence le virus responsable de ce syndrome. Les complications nerveuses au cours de l'érythème polymorphe semblant très exceptionnelles et les méningites lymphocytaires curables n'ayant pas été signalées au cours de cette maladie, les auteurs ont cru intéressant de rapporter cette observation.

Syndrome de rigidité décérébrée post-encéphalitique chez un enfant de trois ans et demi. — MM. MARQUÉZY et PRIEUR.

(A suivre.)

ANDRÉ BOHN.

REVUE DES CONGRÈS

XIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 31 mai et 1er juin 1932.

La Société de neurologie, présidée par M. Lévy-Valensi, a repris la tradition de ses réunions internationales annuelles, qui avait été interrompue l'année dernière à l'occasion du Congrès international de Berne.

Le sujet mis à l'étude était vaste et comportait bien des problèmes à résoudre : les épilepsies (acquisitions récentes concernant la clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement). Rapports et communications ont permis une mise au point des importants travaux qui ont été consacrés, depuis quelques années, à ce chapitre encore si obscur, dont la place se situe de plus en plus nettement aux confins de la pathologie nerveuse et de la pathologie humorale.

Parmi les rapporteurs, M. ABADIE (de Bordeaux) traitait des *conceptions étiologiques modernes*. M. PAGNIEZ (de Paris) était chargé de la *physiologie pathologique* et de la *pathogénie*, auxquelles il a consacré d'importants travaux personnels. Les *acquisitions récentes concernant la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique et le traitement* étaient rassemblées par M. CROUZON, sauf le chapitre de l'*Epilepsie psychique*, qui était écrit par M. ABADIE. M. FŒRSTER (de Breslau), qui devait présenter le rapport sur le *Traitement chirurgical*, avait été empêché, par raison de santé, d'assister à la réunion, et ce sujet avait été englobé dans le rapport de M. Crouzon.

***

I. **Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies.** — M. JEAN ABADIE (de Bordeaux). — La notion fondamentale, qui oriente les conceptions modernes sur l'étiologie de l'épilepsie, est l'idée, émise par M. Pierre Marie dès 1887, que toute épilepsie suppose une lésion organique acquise, qui intéresse le système nerveux. Il n'y a donc pas d'« épilepsie essentielle », de « mal comitial » au sens des anciens auteurs, mais un syndrome épileptique, dont les variétés étiologiques sont très diverses selon l'âge de la vie auquel apparaissent les crises.

Les *épilepsies du jeune âge* sont les plus fréquentes. La forme autrefois dite « essentielle », qui commence le plus souvent entre sept ans et douze ans, un peu plus rarement entre douze ans et vingt ans, était considérée autrefois comme l'expression d'une tare constitutionnelle, familiale, héréditaire, de nature mystérieuse. Or la notion de l'*hérédité épileptique similaire*, soumise à une critique serrée, ne paraît reposer sur aucun fait précis. La transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentale du cobaye, réalisée en 1882 par Brown-Séquard, n'a pas été vérifiée lors des travaux de contrôle qui ont été entrepris depuis lors à l'étranger (Max Sommer). De plus, les travaux généalogiques les plus récents appliqués à de nombreux sujets (328 dans la statistique de Mme Minkowska) ne révèlent, dans la descendance des épileptiques, qu'un nombre très réduit de sujets (8 dans la famille citée). L'hérédité similaire de l'épilepsie ne dépasserait pas, dans l'ensemble, une proportion de 5 ou 6 p. 100, et serait donc pratiquement négligeable. La conception plus moderne d'une *constitution épileptoïde* ou *épileptoïdie* (Mme Minkowska, Krestchmer et Manz) repose sur des caractères anthropomorphiques et psychologiques qui ne paraissent pas suffisamment significatifs (Claude). Cependant, on peut admettre, dans certaines familles, une moindre résistance des centres nerveux à l'égard des causes pathogènes extérieures.

La première place, dans l'étiologie des épilepsies du jeune âge, revient aux *traumatismes obstétricaux*, qui peuvent léser le cerveau ou les méninges par divers mécanismes : blessures directes par application de forceps, compression excessive ou prolongée du crâne dans un travail difficile ou dans un accouchement laborieux, rupture prématurée de la poche des eaux, qui permet une constriction de la tête ou des vaisseaux nourriciers du fœtus. Couvelaire, Léri ont mis en évidence la fréquence de lésions hémorragiques assez importantes, soit à surface, soit dans la profondeur du parenchyme cérébral, dans tous les états d'asphyxie du nouveau-né. On peut souvent retrouver, par l'interrogatoire des parents de l'épileptique, la notion d'accidents dystociques, qui ont pu laisser dans le cerveau des lésions cicatricielles, fines et durables, de la névroglie.

L'*origine infectieuse*, qui avait surtout retenu l'attention de Pierre Marie lors de ses premières observations, paraît un peu moins fréquente ; cependant on ne saurait nier l'importance, dans l'étiologie des « syndromes épileptiques infantiles » ou « juvéniles », des convulsions qui accompagnent si fréquemment les épisodes infectieux du premier âge.

Parmi les infections du premier âge, l'*hérédo-syphilis* occupe une place importante, mais, depuis que Fournier, dès 1879, a attiré l'attention sur cette étiologie, son importance a été soumise à des appréciations très variables, certains auteurs, avec Gaucher, y voyant la cause de presque toutes les épilepsies; d'autres, avec Pierre Marie, Rist, Sicard, la considérant comme rare; d'autres enfin, avec Babonneix, maintenant l'épilepsie comme un chapitre important dans l'histoire de l'hérédo-syphilis. Les statistiques sont, à cet égard, d'interprétation difficile, puisqu'elles varient de 4 p. 100 (Marchand et Bauer) à 60 p. 100 (Leredde) pour la fréquence des signes d'hérédo-syphilis chez les épileptiques. Mais un fait est parfaitement établi, c'est la possibilité d'une guérison radicale, par le traitement spécifique, d'une épilepsie qui se présente forme du mal comitial vulgaire, lors même que cette épilepsie résistait aux thérapeutiques symptomatiques usuelles. L'action curative ne doit, d'ailleurs, être jugée qu'après un certain délai, car le traitement spécifique commence parfois par déterminer une réactivation passagère, et, d'autre part, on a vu parfois des épilepsies banales influencées d'une façon passagère par l'action de choc d'un traitement arsenical (Tinel) ou par l'action calmante d'un traitement mercuriel (Colin). En tout cas, chez tout épileptique, il ne faut jamais omettre de rechercher tous les indices cliniques, humoraux et familiaux de la syphilis, car il s'agit d'une notion de grande portée pratique. C'est quelquefois la radiographie qui montrera la présence d'exostoses craniennes, et particulièrement frontales (Léri et Cottenot, Babonneix).

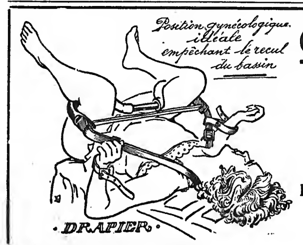
L'*hérédité alcoolique* est un facteur incontesté d'épilepsie. Le rapporteur fait une étude détaillée, clinique, historique et statistique, de la question, en étudiant







Echantillon gratuit, littérature : 4, rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)



GYNÉCOSTAT du Dr BOVIER

Notice sur DEMANDE

Prix : 170 fr.

DRAPIER

Instruments de Médecine et de Chirurgie

41, rue de Rivoli et 7, boul. de Sébastopol

PARIS (Ier)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

successivement l'influence de l'ivresse au moment de la conception, et celle de l'alcoolisme habituel du père ou de la mère. La fréquence de l'épilepsie dans la descendance des alcooliques atteint un pourcentage de 15 à 25 p. 100. La fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents héréditaires des alcooliques peut être évaluée de 50 à 70 p. 100. Parmi les caractères particuliers, qui ont été attribués à l'épilepsie hérédo-alcoolique, le rapporteur discute la valeur des antécédents collatéraux, du type morphologique et des altérations cranio-cérébrales (Lancereaux), et enfin des troubles mentaux associés. L'alcoolisme paraît agir surtout en rendant le cerveau de l'enfant plus sensible aux causes pathogènes habituelles.

Les relations de l'épilepsie commune et des convulsions infantiles constituent une question fort controversée, dont le rapporteur retrace l'historique. Actuellement, il est admis que les convulsions infantiles appartiennent bien aux syndromes épileptiques, mais il s'agit de deux variétés bien différentes de syndromes épileptiques, les convulsions de la petite enfance se distinguant, par leur évolution aiguë, de l'épilepsie chronique à début infantile ou juvénile. Le terme qui lui conviendrait le mieux est celui de « syndrome éclamptique infantile ».

En comparant les statistiques, on constate que la fréquence des convulsions infantiles, dans les antécédents des épileptiques, atteint, selon les auteurs, de 10 à 64 p. 100, et même 75 à 80 pour 100, pour Pierre Marie, dans la clientèle privée, où les enfants sont mieux suivis. La fréquence de l'épilepsie commune à la suite des convulsions infantiles, évidemment beaucoup plus difficile à établir, est évaluée de 7 à 44 p. 100. Sur ce point, il y a une opposition très nette entre l'impression des pédiatres, pour lesquels les convulsions infantiles constituent un incident le plus souvent sans grande portée, et guérissent sans retentissement fâcheux sur la santé ultérieure, — et les affirmations de beaucoup de neurologistes, qui y voient l'origine fréquente de beaucoup d'affections du système nerveux et d'épilepsie véritable. Il est certain qu'un enfant éclamptique n'est pas fatalement destiné à devenir épileptique, mais ses convulsions représentent toujours pour lui un précédent fâcheux. On trouvera, dans ce rapport, un exposé très précis et très complet des signes de possibilité, des signes de probabilité et des signes de certitude, qui permettent de redouter la transformation du syndrome éclamptique aigu de la petite enfance en épilepsie chronique. L'évolution pubérale doit être l'objet d'une vigilance toute particulière chez tout enfant qui a présenté des convulsions.

Les *épilepsies de l'âge adulte* sont celles qui commencent après l'âge de trente ans environ. Ces épilepsies tardives sont moins fréquentes que celles du jeune âge, plus fréquentes que celles de la vieillesse. Leurs trois grandes causes sont le traumatisme, la puerpéralité et la syphilis acquise.

Tout d'abord, il faut discuter le vieux problème de l'hérédo-épilepsie que la guerre avait remis à l'ordre du jour. Il est certain que le terme est mauvais et doit être banni du vocabulaire neurologique, car une crise ne peut être à la fois épileptique et hystérique, mais il semble que, chez certains malades, et en particulier chez des blessés de guerre, on puisse observer l'association des deux sortes de crises.

L'*épilepsie traumatique* a été, elle aussi, l'objet de nombreux travaux chez les blessés de guerre. Sa fréquence, dans les blessures cranio-cérébrales de guerre, atteindrait 5 p. 100, alors que, dans les fractures du crâne simples, elle ne dépasse pas 0,5 p. 100. Les circonstances de son apparition, son évolution transitoire aiguë, ou durable, ses variétés symptomatiques, sont longuement analysées. Le recul du temps a permis de fixer quelques points importants de son histoire : la possibilité de l'apparition très tardive des accidents, six, sept et douze ans après la blessure; la transformation fréquente de l'épilepsie bravaisjacksonienne en épilepsie générale ; la guérison spontanée, rare, mais nettement constatée, de certaines épilepsies traumatiques, et enfin l'action élective des traumatismes les plus superficiels, les grosses pertes de substance et les projectiles intracérébraux ne déterminant qu'exceptionnellement l'épilepsie. Des crises, survenues au cours des interventions chirurgicales, ont parfois permis de constater l'ischémie subite et passagère des circonvolutions correspondantes (Walther, Leriche, etc. La radiographie a parfois permis de retrouver fracture ou projectiles dans des cas d'épilepsie dont l'origine traumatique était complètement méconnue.

La question de l'*épilepsie puerpérale* est l'occasion d'une revue critique minutieuse de toutes les questions qui touchent les relations de la grossesse avec l'épilepsie. Les conclusions principales sont les suivantes :

La grossesse atténue souvent une épilepsie antérieure, atténuation d'ailleurs toute passagère ; elle interrompt quelquefois même complètement les accès. Quelquefois, au contraire, elle les aggrave. Plus souvent elle ne les modifie en aucune manière. Chez une même femme, chaque grossesse agit sur les crises dans le même sens.

La lactation, en général contre-indiquée chez les épileptiques (Vignes), exerce une influence du même ordre que la grossesse.

Quant à l'influence de l'épilepsie antérieure sur la grossesse, elle est nulle ; il n'est même pas prouvé que les femmes épileptiques soient plus disposées que d'autres à l'éclampsie puerpérale.

Le terme d'« épilepsie puerpérale » proprement dite devrait être réservé aux cas dans lesquels les crises sont provoquées par la grossesse, en dehors de toute éclampsie. Elle peut être transitoire, — et se reproduire parfois même à chaque grossesse et jamais dans l'intervalle ; quand elle est durable, elle est souvent maligne. L'épilepsie post-éclamptique, au contraire, qui survient après l'accouchement, chez des femmes guéries de l'éclampsie vraie, est relativement atténuée, d'après Pierre Marie, et susceptible de guérir spontanément. Enfin l'infection puerpérale, au même titre que toutes les toxi-infections, peut être le point de départ d'une « épilepsie post-infectieuse puerpérale ».

Parmi toutes ces formes diverses, l'*éclampsie puerpérale* doit conserver sa place à part, comme syndrome épileptique aigu de cause toxique. On trouvera, dans ce rapport, une mise au point de l'étiologie, de la symptomatologie, des complications et du pronostic de l'éclampsie puerpérale. L'auteur insiste sur l'atténuation de sa fré-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

quence (14 p. 10 000, au lieu de 50 p. 10 000 à la fin du siècle dernier) et de sa gravité.

L'épilepsie syphilitique est bien connue depuis Fournier. Ce dernier en décrivait quatre types distincts, qui sont encore classiques aujourd'hui, mais dont il y a lieu de discuter la fréquence, et même la légitimité : l'épilepsie ancienne aggravée par la syphilis, — dont il n'existe que de très rares observations, et qui n'est pas absolument prouvée; — l'épilepsie syphilitique secondaire, dont l'existence paraît avérée, mais qui est exceptionnelle (une vingtaine d'observations); — l'épilepsie syphilitique tertiaire, la plus fréquente, qui s'associe à d'autres manifestations de la syphilis cérébrale, et qui se montre généralement curable sous l'influence du traitement spécifique; — enfin l'épilepsie parasyphilitique, qui, d'après Fournier, se développerait dix à vingt ans après le chancre, mais resterait absolument rebelle à la médication antisyphilitique. Après critique des faits et des statistiques, l'autonomie de cette dernière variété paraît très discutable. A côté de ces formes classiques, le rapporteur fait une place à part à l'épilepsie post malariathérapique, signalée par Leroy et Médakovitch, Guiraud, et dont il a observé trois exemples personnels chez des paralytiques généraux traités par l'impaludation. Il attribue ces faits, non à l'infection palustre, comme le font Leroy et Médakovitch, mais à la transformation du processus diffus de la méningo-encéphalite en une lésion plus spécifiquement évolutive et plus accessible au traitement. Il s'agirait donc d'un réveil d'épilepsie tertiaire.

L'épilepsie pleurale reste une rareté ; cependant elle a acquis un intérêt pratique renouvelé depuis que la cure de la tuberculose par le pneumothorax artificiel est devenu d'usage courant. Sa pathogénie a été l'objet d'interprétations très diverses. L'origine émotive, le réveil d'une aptitude convulsive latente, la nature toxi-infectieuse ne peuvent être invoqués. Les deux théories, qui répondent le mieux, aux faits, sont celles qui font intervenir soit un réflexe par irritation des terminaisons pleurales du pneumogastrique (Cordier, Leuret et leurs collaborateurs), soit une embolie, gazeuse ou plutôt banale (Vallin, Pruvost), chacun de ces mécanismes convenant à une partie des faits (Dumarest, Bezançon, etc.).

Cet accident s'observe surtout quand on a affaire à une plèvre épaisse, symphysée. On devra utiliser, à titre préventif, l'anesthésie locale, l'injection de morphine, le bromure, le chloral ou le gardénal. Si les accidents se produisent, il convient d'injecter l'acétylcholine.

L'épilepsie cardiaque comprend deux ordres de faits absolument distincts :

1° *L'épilepsie de la bradycardie permanente* constitue un des traits caractéristiques du syndrome de Stokes-Adams, à côté des accès vertigineux et syncopaux, qui sont plus fréquents. Elle est caractérisée par son aura cardiaque ou respiratoire, qui manque rarement, et surtout par son extrême gravité : l'accident convulsif est le plus grave des accidents nerveux de la bradycardie permanente. Elle correspond toujours à un ralentissement plus marqué du pouls (20, et quelquefois 5 par minute).

Dans les formes paroxystiques de l'affection, lorsque l'accès n'est pas constaté par le médecin, l'origine cardiaque de la crise épileptique peut être totalement méconnue, et le fait est gros de conséquences pratique, car les médications anti-épileptiques sont dénuées de toute action en pareil cas, alors que les crises peuvent être supprimées ou espacées par l'emploi des substances qui agissent sur le rythme cardiaque, principalement l'adrénaline et l'atropine. Dans les observations de ce genre, l'exploration électro-cardiographique permettrait par fois le diagnostic dans l'intervalle des crises.

2° *L'épilepsie asystolique* est, dans la conception classique, constituée par des accès convulsifs qui surviennent au moment des paroxysmes de l'insuffisance cardiaque, et qui cessent lorsque celle-ci s'atténue. Les crises ne cèdent pas aux anti-épileptiques, mais au repos, au régime, à la saignée, aux toni-cardiaques. La discussion des observations rapportées conduit à cette conclusion, qu'il s'agit d'une forme rare, voire exceptionnelle, dont l'individualité étiologique et clinique n'est nullement établie. Les faits d'« asystolie locale encéphalique » (Lian) semblent toujours liés à l'existence d'une lésion cérébrale épileptogène antérieure. Lésions nerveuses et lésions cardiaques peuvent, d'ailleurs, être de la même origine, comme dans le cas de syphilis ou d'artériosclérose généralisée.

Les *épilepsies de la vieillesse* sont les moins fréquentes, mais leur existence est indiscutable. Il en existe deux variétés :

1° *L'épilepsie présénile* est rare. Elle s'observe aux environs de la cinquantaine. Elle semble liée à l'involution sexuelle, et reste généralement bénigne et transitoire. Chez la femme., c'est l'épilepsie ménopausique, qui est bien connue, qui disparaît généralement d'elle-même, ou sous l'influence de l'opothérapie ovarienne, associée ou non à la médication thyroïdienne ou hypophysaire. Chez l'homme, le rapporteur admet qu'il existe également une épilepsie d'involution sexuelle, dont les caractères sont analogues. Les formes durables, qui s'associent généralement à des signes de méiopragies viscérales séniles, constituent des intermédiaires avec l'épilepsie sénile.

L'épilepsie sénile vraie survient surtout après l'âge de soixante ans. Elle est plus fréquente que la forme présénile, mais beaucoup plus rare que les formes de l'enfance ou de l'âge adulte. C'est une épilepsie chronique, durable, résistant aux médications, souvent progressive, qui présente les mêmes caractères essentiels que l'épilepsie de l'enfance ou de l'adolescence, mais qui s'associe presque toujours à une démence sénile à marche accélérée. Les lésions cérébrales constatées sont de divers ordres ; il faut signaler surtout, par ordre de fréquence, l'athéromatose cérébrale, la syphilis cérébrale, l'état vermoulu du cerveau, enfin la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale.

***

II. Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie. — M. Ph. Pagniez (de Paris). — Les nombreux travaux qui ont été consacrés, depuis quelques années, à la physiologie pathologique du syndrome épileptique, et auxquels le rapporteur a pris une part importante, laissent encore beaucoup d'obscurités. Il paraît cependant bien établi que deux facteurs sont nécessaires pour expliquer le retour des

accès paroxystiques : d'une part une lésion nerveuse, d'autre part un facteur indépendant du système nerveux, et qui paraît bien être d'ordre humoral.

La crise elle-même s'accompagne d'un trouble circulatoire cérébral, en général d'une anémie par vaso-constriction, qui la commande probablement. Horsley, Kennedy, Leriche, Fœrster ont constaté directement le phénomène au cours d'interventions chirurgicales. Le spasme des vaisseaux rétiniens peut se produire au moment de la crise (Knies) ou à titre d'équivalent (Souques et Dreyfus-Sée). Peut-être le rôle principal revient-il à la vaso-dilatation consécutive (expérience de Elsberg et Stookey). Il semble, d'ailleurs, comme l'ont admis Jackson, puis Kinnier Wilson, qu'il puisse y avoir des crises de niveau cérébral différent, corticales ou mésocéphaliques. Quant à distinguer, parmi les manifestations épileptiques, celles qui relèvent de l'excitation ou de l'inhibition de tel ou tel centre, c'est une question qu'il nous est absolument impossible de résoudre. La théorie de l'inhibition des centres corticaux, soutenue par Hartenberg, a l'avantage d'être séduisante et commode.

Les principaux points, qui ont été envisagés récemment dans la physiologie pathologique des crises épileptiques, concernent les perturbations du système neuro-végétatif, les modifications des constituants du sang, l'équilibre du liquide céphalo-rachidien, les troubles endocriniens, et les relations de la crise épileptique avec les phénomènes anaphylactiques.

Le système neuro-végétatif de l'épileptique se distiugue surtout par son déséquilibre, — de sens surtout vagotonique, — et par son instabilité toute spéciale.

Cette même instabilité est le seul caractère qui distingue l'état humoral de l'épileptique, malgré les très nombreuses recherches qui ont été consacrées au dosage des différents éléments du sang : urée, acide urique, ammoniaque, corps créatiniques, albumose, cholestérine et lipides, glycémie et mécanisme glyco-régulateur (Pagniez et Escalier), équilibre protéinique, fibrinogène, et surtout calcémie et équilibre acido-basique.

Il y a quelques années, on admettait, avec Bigwood, que la crise épileptique était toujours précédée d'une chute du calcium sanguin, qui pouvait atteindre 32 p. 100, et qui s'accompagnait d'une tendance très nette à l'alcalose. La possibilité de provoquer des crises par l'hyperpnée, qui détermine une alcalose gazeuse du sang, l'action thérapeutique du régime cétogène, qui tend, au contraire, à acidifier le sang, semblaient venir à l'appui de la théorie de Bigwood, qui tendait à rapprocher l'épilepsie de la tétanie dans le groupe des syndromes d'alcalose sanguine et d'hypocalcémie.

Actuellement, toute cette question est remise en discussion. L'action de l'hyperpnée est sans doute moins nette qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et il ne semble pas qu'elle soit liée à l'alcalose ; inversement, le régime cétogène ne paraît pas exercer son influence par acidose (Peterman). On a d'ailleurs vu des crises épileptiques au cours de l'acidose (M. Labbé, G. Guillain). Enfin Dautrebande a montré que, si l'on constatait bien chez le comital (non dans l'« épilepsie symptomatique ») une alcalose par la méthode de Cullen, cette alcalose ne se retrouvait ni par la méthode de Hasselbach, ni par la méthode électrométrique. Ses conclusions sont que le *p*H des épileptiques reste dans les limites de la normale, mais qu'il varie, d'un jour à l'autre, plus que celui des sujets sains.

La même instabilité se retrouve dans les éliminations rénales, et surtout dans le *p*H urinaire (Tinel). Elle est d'ailleurs commune à l'épileptique et au migraineux, à l'anxieux, à l'hypomaniaque.

Depuis quelques années, certains faits ont montré que le métabolisme de l'eau était non moins important chez l'épileptique. Les recherches de Frisch et Walter, de Mac Quarrie et Peller chez l'épileptique, celles de Elsberg et Pike, de Helmholz et Keith chez le lapin, ont montré que l'hydratation de l'organisme semble favoriser la production des crises ; inversement, le régime sec ou le jeûne sont susceptibles, du moins chez certains épileptiques, de diminuer ou même de faire disparaître les crises (Mac Quarrie et Temple Fay).

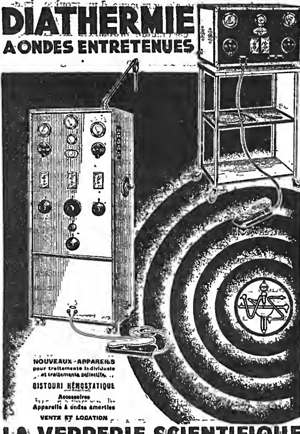
Il est naturel de penser que l'hydratation ou la déshydratation de l'organisme agissent chez l'épileptique par leur influence sur la pression, sur la concentration ou sur la répartition du liquide céphalo-rachidien.

Toutes les recherches, concernant les modifications possibles de la composition du liquide céphalo-rachidien, sont restées négatives. Au sujet de la pression, les résultats les plus variables ont été enregistrés. La majorité des auteurs ont constaté une élévation de la pression au moment des crises, mais Leriche a observé l'hypotension à ce moment, et, d'autre part, la ponction lombaire est loin d'exercer toujours une influence heureuse sur l'état de mal. Mac Quarrie, Fay, Gamble incriminent moins l'augmentation de la quantité ou de la pression du liquide céphalo-rachidien que son inégale répartition : les encéphalogrammes, en effet, leur ont montré, chez les épileptiques, des dilatations partielles et localisées des espaces sous-arachnoïdiens. Ces perturbations, qui pourraient être liées à une altération des corpuscules de Pacchoni d'origine pré ou post-natale, seraient susceptibles de s'atténuer sous l'influence de la déshydratation. Ces théories appellent des confirmations expérimentales, qui, jusqu'à présent, sont restées négatives (Alexander).

L'épilepsie n'est pas une affection endocrinienne, mais les faits cliniques montrent que le fonctionnement des glandes à sécrétions internes peut influencer de façon accessoire l'évolution de l'épilepsie. Le rapporteur envisage successivement le rôle des surrénales, qui a été le point de départ des essais de traitement, — d'ailleurs infructueux, — par la surrénalectomie ; celui de l'hypophyse, qui a donné lieu à la théorie de Salmon sur la pathogénie de l'épilepsie ; celui du corps thyroïde, auquel Bolten, Bucaino attachent une importance considérable ; celui de l'ovaire, qui est difficile à schématiser parmi les faits multiples, disparates et parfois contradictoires qui démontrent les relations des épisodes de la vie génitale de la femme avec la production des crises d'épilepsie ; enfin le rôle des parathyroïdes, dont l'étude est récente, et dont l'intérêt théorique est considérable, mais qui ne s'appuie encore que sur bien peu de constatations précises.

On a pu espérer, il y a quelques années, trouver un fil conducteur précieux, pour l'explication de l'épilepsie, dans les notions d'anaphylaxie, qui acquéraient


CURE DE
DIURÈSE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels et traitements collectifs
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE. PARIS. XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

une importance croissante en pathologie générale. En réalité, il est aujourd'hui démontré que l'épilepsie n'est pas une affection allergique ni anaphylactique. Cependant la crise est parfois précédée d'un choc hémoclasique, qui met en évidence l'instabilité neuro-végétative du comitial, et parfois sa sensibilisation, que la cuti-réaction et parfois l'expérience clinique et thérapeutique, permettent parfois de mettre en valeur. On trouvera, dans ce rapport, l'énumération des faits connus d'épilepsies liées à une sensibilisation ou à un choc anaphylactique, mais ces faits restent exceptionnels.

L'étude expérimentale de l'épilepsie est difficile. S'il est facile de provoquer des convulsions chez l'animal, on ne peut guère étudier chez lui les autres formes de l'épilepsie, ni la perte de connaissance, qui en est l'élément fondamental, et il est rare de déterminer l'état chronique de prédisposition épileptique. On trouvera, dans ce rapport, l'indication des expériences qui permettent de provoquer les crises épileptiques, soit par irritation directe de l'écorce cérébrale ou du tronc cérébral (expérience de Morgan sur le *tuber cinereum*), soit par action toxique (absinthe, picrotoxine, bromure de camphre, acide lactique, bulbocapnine, insuline).

Les meilleures reproductions expérimentales de l'épilepsie sont dues à des expériences déjà anciennes : celles de Brown-Séquard en 1852, celles de Claude et Lejonne en 1910.

M. Pagniez a repris les expériences de Brown-Séquard et les a pleinement confirmées. Il présente un beau film, pris avec la collaboration de M. Comandon, et qui permet des les suivre facilement. Un cobaye, qui a subi quelques semaines auparavant une résection du sciatique droit, fait une crise d'épilepsie dès qu'on lui pince le tégument du cou du côté droit. La crise est typique ; il n'y manque que le cri et la miction. La prédisposition épileptogène est ici parfaitement réalisée. Il semble s'agir, cependant, d'une forme d'origine purement nerveuse, indépendante de phénomènes humoraux ; les essais entrepris pour modifier l'expérience par action humorale n'ont donné aucun résultat.

Les expériences de Claude et Lejonne ont porté sur des chiens. Si l'on instille à ces animaux, sous la dure-mère, quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc, ils présentent, quelques mois plus tard, une susceptibilité spéciale, qui les fait réagir par des crises épileptiques à l'ingestion d'une dose de strychnine qui est inoffensive chez les animaux témoins. Selon les doses de strychnine, les convulsions sont typiques ou atypiques. Des expériences du même ordre ont été réalisées par Dandy et Elman, Muncie et Schneider avec l'essence d'absinthe chez le chat, par Sauerbruch chez le singe avec la cocaïne, par Clementi chez le chien.

Ces faits devaient amener à étudier la toxicité du sérum des épileptiques. M. Pagniez a entrepris des travaux sur cette question avec ses élèves, et il a constaté que le sérum d'épileptiques, injecté au cobaye par voie carotidienne, produit très souvent chez cet animal des myoclonies typiques, alors que le sérum de non-épileptique ne détermine cette réaction que d'une façon exceptionnelle. Cette propriété du sérum des épileptiques est thermolabile, mais ne disparaît pas après une délipoïdation partielle du sérum, qui fait disparaître ses propriétés toxiques d'espèce.

Depuis vingt ans, de nombreux faits nouveaux sont venus éclairer les conditions accessoires de la crise d'épilepsie. Mais nous ne savons rien de la cause première qui déclenche, à la manière d'un choc, la crise vaso-motrice, substratum de l'accès. Le rapporteur, comme Bigwood et comme Muskens, croit vraisemblable que ce facteur est d'ordre toxique.

Ce rapport se termine par une importante bibliographie, qui contient les publications les plus récentes, et qui vient ainsi compléter celle que M. Pagniez a donnée, en 1928, dans son livre sur « l'Épilepsie, conceptions actuelles sur sa pathogénie et son traitement ».

(A suivre.)

NOUVELLES

Corps de santé des troupes coloniales. — Est nommé au grade de médecin général M. Mul, médecin colonel, qui est nommé membre du Comité consultatif de santé.

Tour de service colonial au 1er août 1931 : *Médecin lieutenant-colonel* : M. Martin.

Médecins commandants : MM. Bizieu, Caperan, Lacaze, Bossert, Vandran, Laureucy, Corkus, Kerebol.

Médecins capitaines : MM. Leroy, de Gilbert des Aubineaux, Marchal, Charot, Muraine.

Prolongation de séjour outre-mer. — 1re année supplémentaire : MM. Gaulène, médecin commandant et Guillermin, médecin capitaine, en Afrique équatoriale française ; Pelleteur, médecin capitaine, en Tunisie.

2e année supplémentaire. MM. Guédon, médecin commandant, en Indo-Chine ; Russaouen, médecin capitaine, en Afrique occidentale française ; Guillaume, médecin capitaine, au 2e rég. d'infanterie coloniale ; Bouny, médecin commandant, au 3e rég. d'infanterie coloniale ; Maze, médecin capitaine, au 21e rég. d'infanterie coloniale ; Le Vilain, médecin commandant et Rivoalen, médecin capitaine, au 23e rég. d'infanterie coloniale ; Bernier, médecin capitaine, au 12e rég. de tirailleurs sénégalais ; Mazurier, médecin capitaine, au 14e rég. de tirailleurs sénégalais ; Raboisson, Meydieu, médecins capitaines, au 16e rég. de tirailleurs sénégalais ; Moustardier, médecin capitaine, au 24e rég. de tirailleurs sénégalais ; Cavalade, médecin capitaine, au 41e rég. de mitrailleurs malgaches ; Miquet, médecin commandant, et Perramoud, médecin capitaine, au 51e rég. de mitrailleurs indochinois ; Dalbade, Huchon, médecins capitaines, au 1er rég. d'artillerie coloniale ; Weiss, médecin capitaine, au 3e rég. d'artillerie coloniale ; Crenn, médecin capitaine, au 11e rég. d'artillerie coloniale ; Bonneau, médecin commandant, au dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille ; Mury, médecin commandant, à l'hôpital militaire de Fréjus.

Affectation outre-mer. — Est mis à la disposition du général commandant supérieur des troupes du groupe

L'ANTIPHLOGISTINE

en Gynécologie

ENDOCERVICITE

Il n'y a peut-être pas d'affection gynécologique aussi tenace, dont la thérapeutique présente autant de difficultés, que l'endocervicite chronique.

Une application vaginale d'Antiphlogistine chaude, sous forme de tampon, réalise un traitement analgésique et curatif de choix, contrôlé d'ailleurs par ses résultats dans les hôpitaux. La technique de ces tampons est simple. A l'extrémité d'une longue mèche de gaze, on dépose, gros comme une noix, l'Antiphlogistine chaude qu'on recouvre de gaze. A l'aide d'une pince *ad hoc*, on introduit le tampon au fond du vagin. Un cordonnet fixé à la base permet le retrait du pansement.

En raison de sa haute teneur en glycérine dont l'action gynécologique est reconnue, glycérine tenant en dissolution une faible proportion d'antiseptiques, l'Antiphlogistine se classe parmi les agents thérapeutiques de choix dans le traitement des affections utérines et, en général, dans toutes les affections de nature inflammatoire ou congestive.

Demander échantillon médical et la brochure :
« Aperçus gynécologiques ».

LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE

Saint-Maur-des-Fossés (près Paris)

The Denver Chemical Mfg Co.,
163, Varick St., New-York (États-Unis)

L'Antiphlogistine est fabriquée en France

NOUVELLES *(Suite)*

de l'Indochine, M. Combaudon, médecin commandant.

Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. — Nous rappelons que le premier Ccongrès international d'hygiène méditerranéenne s'ouvrira le mardi 20 septembre à 9 heures à Marseille, sous les auspices de la Faculté de médecine de cette ville et sous le haut patronage de M. le président de la République et des plus éminentes personnalités médicales.

Cette manifestation scientifique internationale, à laquelle de très nombreux et éminents savants appartenant à tous les pays méditerranéens apporteront leur concours et les résultats de leurs travaux, sera inaugurée par M. le ministre de la Santé publique et présidée par M. le professeur MARCHOUX, membre de l'Académie de médecine. Ce Congrès s'avère d'ores et déjà des plus importants, tant par le nombre que par la qualité des travaux qui y seront présentés.

Précisons qu'en outre de communications se rapportant aux sujets les plus divers portés au programme de ce Congrès, plusieurs rapports du plus haut intérêt seront présentés aux congressistes : la spirochétose espagnole (Sadi de Buen) ; la fièvre ondulante (M. Burnet) ; la dengue (M. Blanc) ; les procédés modernes de dératisation des navires (M. Lutrario) ; la Fièvre exanthématique méditerranéenne (M. Olmer).

De nombreuses réceptions et fêtes auront lieu à la Faculté de médecine, à l'hôtel de ville, à la Chambre de commerce, à la foire de Marseille, ainsi qu'un banquet de clôture.

Une excursion en Provence sera offerte aux congressistes, dimanche 25 septembre.

Les personnes qui désirent bénéficier des avantages accordés par les Compagnies de Chemins de fer et de navigation peuvent se faire inscrire en adressant leur cotisation (100 francs par membre et 50 francs par membre associé, femme ou fille) à M. Baillière, trésorier du Congrès, 19, rue Hautefeuille, à Paris, compte Chèque postal Paris 166.082, et en envoyant leur carte à l'Agence E PRINTER, 26, avenue de l'Opéra, à Paris.

Pour tous renseignements (inscriptions, communications, séjour et réductions sur les voyages, etc.), s'adresser au secrétaire général : professeur H. VIOLLE, Faculté de médecine, Palais du Pharos, Marseille, ou au Dr Ch. BROQUET, secrétaire général adjoint, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré (Clinique thérapeutique médicale de la Pitié ; professeur : F. RATHERZ). — Ce cours, qui aura lieu du 13 au 20 octobre 1932, sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France ; du Drs Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du Dr Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des Drs Boltanski, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Maurice Fudolf, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du Dr Doubrow, chef de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. Les troubles du métabolisme dans le diabète. Le métabolisme basal chez les diabétiques. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude chimique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (Syphilis, Traumatisme). Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardiovasculaires : le collapsus cardiaque. La gangrène diabétique. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète.

V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. Le traitement chimiothérapique et hydrologique. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Le traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète :

Le dosage du sucre urinaire ;

Le dosage du sucre sanguin ;

Le *p*H et la réserve alcaline ;

La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique ;

Le métabolisme basal.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et de Mlle Lévina.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

NOUVELLES *(Suite)*

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — *Jeudi* 13 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : La glycémie normale et le métabolisme des glucides.

5 heures. Pr Rathery : Le métabolisme des glucides, des protides et des lipides dans le diabète.

Vendredi 14 *octobre*. — 10 heures. Dr Maurice Rudolf L'acidose diabétique.

4 heures. Exercices pratiques : le dosage du sucre sanguin.

5 heures. M. Plantefol : Métabolisme basal et diabète.

Samedi 15 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : La physiologie pathologique du diabète.

5 heures. Pr Rathery : La fiche d'examen du diabétique.

Lundi 17 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : Les formes fondamentales du diabète ; diabète simple et diabète consomptif.

4 heures. Exercices pratiques : *p*H et réserve alcaline.

5 heures. Dr Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile.

Mardi 18 *octobre*. — 10 heures. Dr Sigwald : Les formes étiologiques du diabète.

5 heures. Dr Julien Marie : Le diabète rénal.

Mercredi 19 *octobre*. — 10 heures. Pr Jeannin : Diabète et grossesse.

5 heures. Dr Duobrow : Diabète bronzé.

Jeudi 20 *octobre*. — 10 heures. Pr Terrien : Les accidents oculaires du diabète.

4 heures. Exercices pratiques : Le métabolisme basal.

5 heures. Dr Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète.

Vendredi 21 *octobre*. — 10 heures. Dr Dérot : Accidents cardio-vasculaires. Collapsus cardiaque.

5 heures. Dr Kourilsky : Accidents cutanés du diabète.

Samedi 22 *octobre*. — 10 heures. Dr Maurice Rudolf Coma diabétique.

5 heures. Dr Boltanski : Gangrène diabétique.

Lundi 24 *octobre*. — 10 heures. Dr Julien Marie : Tuberculose et diabète.

4 heures. Exercices pratiques : Le dosage du sucre urinaire.

5 heures. Pr Rathery : Le régime dans le diabète.

Mardi 25 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action.

5 heures. Dr Maurice Rudolf : Les traitements chimiothérapiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Mercredi 26 *octobre*. — 10 heures. Dr Froment : Le traitement de fond du diabète simple.

5 heures. Dr Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif.

Jeudi 27 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le traitement de fond du diabète consomptif. Insulino-résistance.

4 heures. Exercices pratiques : Recherche et dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide β-oxybutyrique.

5 heures. Pr Rathery : Le traitement du coma diabétique.

Vendredi 28 *octobre*. — 10 heures. Dr Thalheimer : Diabète et chirurgie.

5 heures. Dr Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique.

Samedi 29 *octobre*. — 10 heures. Pr Rathery : L'avenir du diabétique.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

5 SEPTEMBRE. — *Mannheim*. XXVIIe Congrès de la Société allemande d'orthopédie.

5 SEPTEMBRE. — *Le Mans*. Concours de l'internat des hôpitaux.

6-9 SEPTEMBRE. — *La Haye*. Réunion de l'Union internationale contre la tuberculose.

8 SEPTEMBRE. — *Pougues*. Date et lieu de concentration des participants au V. E. M.

9 SEPTEMBRE. — *Rouen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Bucarest*. IXe Congrès international d'histoire de la médecine.

10 SEPTEMBRE. — *Tours*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'École de médecine de Tours.

11 SEPTEMBRE. — *Poitiers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine de Dijon.

12 SEPTEMBRE. — *Milan*. IVe Cours international de perfectionnement pour médecins de la fondation Tomarkin, Locarno.

12 SEPTEMBRE. — *Amsterdam*. Congrès de médecine tropicale.

18 SEPTEMBRE. — *Nantes*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 SEPTEMBRE. — *Vichy*. Congrès de la lithiase biliaire.

20 SEPTEMBRE. — *Marseille*. Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

SEPTEMBRE 1932. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Gand*. Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

24 SEPTEMBRE. — *Amiens*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble*. École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid*. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

SEPTEMBRE. — *Bucarest*. Congrès international d'histoire de la médecine.

30 SEPTEMBRE. — *Ville des Aacadémies*. Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

REVUE DES CONGRÈS

XXXVIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Limoges, 25-30 *juillet* 1932 (1).

A. — RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. — M. ACHILLE DELMAS (d'Ivry, Seine) rappelle dans un court historique comment on est venu de l'idée de dégénérescence (Magnan) à la doctrine des constitutions. Celles-ci ont acquis une importance de plus en plus grande en psychopathologie et sont, actuellement, sous les différentes formes doctrinales qu'elles revêtent, parfaitement connues des psychiatres. Le rapporteur s'en tiendra seulement à exposer les idées qu'il a soutenues depuis longtemps et qui ont été exposées dans « la Personnalité humaine », en collaboration avec Boll.

Sous le nom de constitution psychopathique on entend l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du sujet, se manifestant de façon précoce et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant par rapport aux autres groupes de tendances, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques. D'une manière indéfinie, à la manière d'infirmités, plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cycliques, rémittentes ou au contraire progressives ; elles correspondent à des modalités de déséquilibre qui, chez un même sujet, peuvent se rencontrer uniques ou multiples, isolées ou associées ; elles représentent, dans une personnalité anormale, la partie morbide, dont la proportion vraie varie suivant le degré et le nombre des constitutions en jeu.

Le rapporteur s'efforce de donner un fondement biologique aux constitutions en les ramenant à une élaboration progressive des propriétés fondamentales de la matière vivante : nutrition, génération, motilité, irritabilité. Il en fait découler les cinq constitutions qui seules ont droit de cité :

La *constitution cyclothymique* est caractérisée par l'alternance d'états d'excitation gaie et d'états de dépression triste. Cette alternance peut être régulière ou irrégulière; elle apparaît plutôt comme une succession d'états d'hyperactivité et d'états d'hypoactivité et représente essentiellement un déséquilibre de l'activité.

La *constitution hyperémotive* se caractérise par un déséquilibre des réactions émotives qui ne sont plus adaptées en quantité et qualité aux excitants : soit que les sujets réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions et dépassent les effets utiles, soit que ces réactions exagérées persistent longuement.

La *constitution paranoïaque* réunit l'ensemble des tendances suivantes : l'orgueil, la susceptibilité, la méfiance, la faiblesse et la fausseté du jugement.

La *constitution perverse* se caractérise par le déséquilibre par défaut de bonté (sens moral, sens éthique), et par l'insuffisance de son rôle réducteur et inhibiteur habituel.

La *constitution mythomaniaque* est une tendance native, presque impulsive, au travestissement des faits et à la création de mensonges, de fabulations, de mythes dans les paroles, les attitudes, les actes.

Quant aux autres constitutions proposées un peu partout : idéaliste ou passionnée, imaginative, syntome, neurasthénique, anxieuse, hystérique, hypocondriaque ou organique, psychasthénique, elles seraient réductibles aux cinq grandes constitutions et n'ont pas droit de cité. Il en est de même de la constitution épileptoïde (Mme Minkowska).

Le rapporteur discute plus longuement la question de la constitution schizoïde et l'envisage suivant les trois conceptions différentes qu'en ont données Bleuler, Kretschmer, le professeur Claude ; et bien qu'il admette leur réalité clinique, M. Delmas ne croit pas qu'il s'agisse d'une entité constitutionnelle mais d'une association de constitutions.

Le rapporteur étudie ensuite les propriétés générales communes à toutes les constitutions et les propriétés particulières propres à chaque constitution ; les associations constitutionnelles ; les problèmes particuliers touchant les constitutions tels que celui de l'*hérédité* et l'*innéité*, celui du *fonctionnel* et du *lésionnel*, celui très complexe de l'*efflorescence des psychoses* ; enfin il traite de la nature des constitutions et il essaie de leur donner un assise biologique; de la notion de la fatalité des constitutions, du rôle et de l'importance qu'elles jouent en psychiatrie.

En dernière analyse il apparaît au rapporteur que l'existence, le rôle et l'importance des constitutions psychopathiques ne sauraient être contestés, ni discutés.

Discussion.

M. HENRI EY (Paris) ne saurait adhérer à la « doctrine » des constitutions, car : 1° *Il s'agit bien d'une doctrine* et non point d'une classification clinique. 2° *Cette doctrine dans ses parties « accessoires » est irréfutable* lorsqu'elle se borne à constater qu'il y a des mythomanes, des pervers, des hyperémotifs, etc. Elle exprime un truisme. 3° Lorsqu'elle essaye d'expliquer des états de caractère, normal et pathologique par des « tendances primordiales » elle formule une pure tautologie. 4° Elle ne peut s'ériger en explication qu'en faisant intervenir, comme M. Delmas le fait expressément, *une notion vitaliste et métaphysique* : la force propulsive initiale, et par là les idées de M. Delmas rejoignent celles de M. Minkowski sur la fatalité des constitutions. 5° Si au contraire elle veut tenir compte des progrès des sciences physiologiques et lier le caractère à des facteurs humoraux ou endocriniens, *elle est nécessairement entraînée à se contredire elle-même* en acceptant la possibilité des constitutions acquises, dont en dernière analyse l'existence incontestable ruine tout l'édifice « constitutionnaliste ».

La doctrine des constitutions, hypothèse gratuite, invérifiable et inutile, est par surcroît — à moins d'en abandonner l'essentiel — une doctrine stérilisante.

Pour M. BOVEN (de Lausanne), enfermer les constitutions dans un système clos et rigide, comme le fait le rapporteur, c'est ruiner la doctrine; la sélection qui les réduit à cinq n'est pas justifiée, ni justifiable. La définition même proposée par M. Delmas permet d'accepter d'autres types constitutionnels : on peut admettre des constitutions par contraste à chacun de ces types, et d'autres encore : schizoïde, épileptoïde, anxieux, etc. La critique serrée de

REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

la notion de constitution permet, en dernière analyse, de la ramener à la notion de terrain. Il n'y a de constitutions que dans le sens que l'on donne, en clinique, au terme terrain.

M. Aug. Ley (Bruxelles) formule des critiques sur le sens que donne le rapporteur aux constitutions; celles-ci ne peuvent pas être que des variations du caractère. Pourquoi, si l'on admet les constitutions, ne pas accepter l'existence d'une constitution oligophrénique ? L'orateur ne peut pas souscrire aux conclusions de M. Delmas sur la différence entre l'hérédité et l'innéité ; sur la nature même des constitutions qui ne sauraient pas être que des variations en plus ou moins du normal. En outre, partir du morbide pour arriver au normal semble critiquable.

A M. Hesnard (de Toulon), l'abus du langage psychologique universitaire que fait le rapporteur lui rappelle « la vertu dormitive de l'opium ». On ne peut pas jeter des ponts, même verbaux, sur l'abîme qui sépare la mentalité saine de la mentalité pathologique. Le schéma commode de M. Delmas rend des services en clinique, mais, comme tout schéma, il n'est pas complet et ne peut pas être vrai : l'on ne doit pas confondre les cyclothymiques et les mélancoliques, l'hystérie avec le pithiatisme et mythomanie.

La question de l'efflorescence des psychoses chez les constitutionnels est fort complexe; vouloir l'expliquer par des modifications vago-sympathico-endocrines, c'est simplement se payer de mots. A force de tout vouloir expliquer, on n'explique plus rien du tout. La clinique montre que : 1° certains constitutionnels soumis à des causes émotives graves ne font jamais de psychoses ; 2° certains aliénés, qui semblent être des constitutionnels, n'ont jamais présenté quoi que ce soit de constitutionnel ; 3° certains sujets font une psychose autre que celle qu'annonçait leur constitution.

La constitution explique dans certains cas seulement la forme de la psychose, ou peut-être les réactions du malade à sa psychose, mais n'explique rien de la psychose elle-même.

M. Courbon (de Paris) pense qu'il est arbitraire de réduire et fixer le nombre des constitutions à cinq. Il en est d'autres qui ne sont pas que des associations de celles-là. Une constitution peut-elle s'épanouir spontanément en psychose ou bien lui faut-il un facteur surajouté ? C'est là un problème difficile à trancher. Le déséquilibre sympathique suffit dans quelques cas, pas dans tous ; ne faut-il pas simplement admettre l'épuisement naturel d'un psychisme anormal, l'aboutissement de l'usure prématurée d'un bastoderme malformé ?

En clinique, l'on ne peut pas refuser l'existence de constitutions acquises, ainsi que le montre l'examen des encéphalitiques.

Pour M. Vermeylen (de Bruxelles) il existe des constitutions d'origine exogène, c'est-à-dire acquises. Quant aux rapports entre les constitutions et les psychoses, on ne peut pas les réduire à une simple intensification de celles-là pour aboutir à celles-ci. Partir des psychoses pour arriver au normal est une grave erreur, car dans toute psychose il y a un appauvrissement intellectuel.

Les associations morbides, qui sont le principe fondamental de la doctrine, existent peut-être dans quelques cas, mais lorsqu'on les réalise outre mesure, comme le fait le rapporteur, c'est faire appel à un *Deus ex machina* qui peut tout expliquer.

La classification de M. Delmas est séduisante, trop même pour correspondre à la vérité. La cyclothymie y a des caractères particuliers que personne ne lui reconnaît, elle devient envahissante, pousse des tentacules dans tous les domaines de la psychiatrie. La schizoïdie mérite autant de critiques.

M. Kohler (de Genève) pense qu'il faut pour l'étude des constitutions d'autres arguments que les explications purement verbales, qu'il faut recourir aux constatations biologiques dont il rappelle les données plus importantes et d'actualité qui montrent comment la constitution psychique est intimement liée à la constitution somatique.

M. Porcher insiste sur l'habitus juvénile caractéristique des constitutionnels ; ceux-ci ne vieillissant pas, ils se fanent. En outre, la superposition des différents états que révèle l'étude de l'évolution du psychisme suggère à l'orateur l'idée d'une évolution particulière.

M. Hamel (de Nancy) ne partage pas l'avis du rapporteur : 1° en réduire à cinq les constitutions ; 2° lorsqu'il nie le rôle des agents exogènes — tuberculose, syphilis, alcoolisme — dans les constitutions. L'auteur a montré le rôle très important de l'hérédo-syphilis dans les constitutions et il en apporte de nouveaux faits.

Réponse du rapporteur. — M. Delmas répond aux différentes critiques qui lui ont été adressées ; en particulier il se défend d'avoir encouru une erreur de méthodologie, d'être un doctrinaire abstrait. Il a toujours été clinicien, c'est de l'observation des malades qu'il est parti, il est toujours revenu à ceux-ci. Il se refuse, jusqu'à preuve du contraire, d'admettre des constitutions acquises ; quant à la place qu'il donne à la cyclothymie, elle répond à ce que lui a enseigné l'observation clinique.

B. — RAPPORT DE NEUROLOGIE

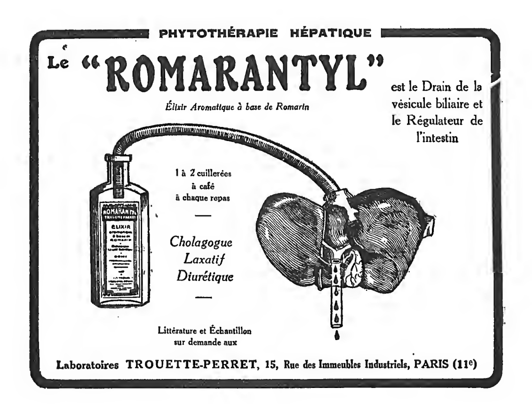
Les leuco-encéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau. — M. M. Moreau (de Liége), après un court historique, donne la synonymie de l'affection (encéphalite périaxiale diffuse, sclérose centrolobaire diffuse; leuco-encéphalite aiguë ; maladie de Schilder-Foix, etc., etc.), mais s'abstient de prendre part.

L'affection marque nettement une prédilection pour l'enfance et la jeunesse. Le mode de début est assez variable ; cependant certains symptômes sont fréquents et ouvrent le tableau : les troubles psychiques, visuels, auditifs. Dans d'autres cas, moins nombreux, des crises épileptiformes apparaissent les premières, ou bien ce sera une parésie à marche progressive de l'hémiface, d'un des membres, ou de l'hémicorps.

Ces signes apparaissent de façon insidieuse et se développent lentement. A la période d'état, la maladie de Schilder-Foix peut s'attaquer à tous les systèmes du névraxe et donner une mosaïque de symptômes variant d'un cas à l'autre : troubles psychiques : démence, psychoses ; troubles moteurs variés en intensité et localisation ; accès épileptiques ; troubles psycho-moteurs et gnosiques ; trouble sensitifs, rares en réalité ; troubles cérébelleux et vestibulaires ; troubles visuels, importants, constants ; troubles auditifs et de l'olfaction; enfin des troubles sphinctériens, thermiques, trophiques.

Le tableau anatomique de la maladie de Schilder-Foix


BISMUTH DESLEAUX
au carbonate de bismuth pur
réalise le
PANSEMENT GASTRIQUE IDÉAL
dans
ULCUS, ULCÉRATIONS, GASTROPATHIES
HYPERCHLORHYDRIE, COLITES, FERMENTATIONS, OXYURIASE
SUPÉRIEUR AUX PRODUITS DE SUBSTITUTION
KAOLIN TALC Etc
LITT. ÉCH : LANCOSME, 71, AV. VICTOR EMMANUEL III PARIS


PHYTOTHÉRAPIE HÉPATIQUE
Le "ROMARANTYL"
Élixir Aromatique à base de Romarin
est le Drain de la vésicule biliaire et le Régulateur de l'intestin
1 à 2 cuillerées à café à chaque repas
Cholagogue
Laxatif
Diurétique
ROMARANTYL
ÉLIXIR
Littérature et Échantillon sur demande aux
Laboratoires TROUETTE-PERRET, 15, Rue des Immeubles Industriels, PARIS (11e)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

doit être considéré comme la résultante de processus morbides divers. Du point de vue clinique déjà, on peut séparer des formes évoluant d'une façon progressive et fatale (type Heubner-Schilder) et une forme à début brusque avec rémission ultérieure et pronostic plutôt favorable (type Foix-Marie) ; on peut distinguer aussi les cas où le début de la maladie s'est accompagné de phénomènes infectieux de ceux où l'évolution est restée apyrétique jusqu'à la phase terminale. Sur le terrain anatomique également, des différences se font jour. Le mode variable de démyélinisation dans la forme habituelle, dans l'encéphalite périaxiale concentrique de Balo et dans la maladie de Pelizaeus-Merzbacher ne traduirait-il pas l'influence d'agents nocifs divers ?

Quant à l'étiologie, on doit, selon toute probabilité, distinguer trois ordres de faits :

1º Des faits inflammatoires. Il est vraisemblable que des infections générales se passant en dehors du système nerveux peuvent provoquer les accidents de l'encéphalite périaxiale diffuse. Il paraît plus certain encore que certains cas de leuco-encéphalite ont des rapports étroits de parenté avec diverses affections dues à des virus neurotropes.

La possibilité de coexistence de la neuromyélite optique avec un foyer schildérien ; la presque identité des lésions euco-encéphalitiques et de celles de l'encéphalite disséminée ; la ressemblance de ces lésions avec celles de la sclérose en plaques jointe au fait, maintes fois démontré, de la possibilité de la constitution des grands foyers par confluence de lésions plus petites, à la présence de plaques de sclérose dans certaines observations, à l'évolution de certains cas de leuco-encéphalite selon le mode polysclérotique : tous ces faits démontrent, semble-t-il, à l'évidence, la parenté qui existe entre la maladie de Schilder-Foix et les trois autres affections.

2º Des faits dégénératifs d'origine diverse : toxique (intoxication oxycarbonée), dyscrasique (artériosclérose), peut-être endocrinienne (maladie d'Addison), surtout enfin hérédo-familial (sclérose diffuse familiale, maladie de Pelizæus-Merzbacher).

3º Des faits traumatiques, surtout d'origine obstétricale.

4º Des faits tumoraux. L'existence d'une blastomatose localisée à la substance blanche et celle de lésions régressives du type schildérien liées à une tumeur est absolument incontestable.

Tous ces faits montrent bien que la maladie de Schilder-Foix est un syndrome anatomique dû à des processus divers et ne peut en aucun cas être considéré comme une maladie.

Quant à la pathogénie, M. Moreau pense que la répartition lésionnelle dans la maladie de Schilder-Foix est due à un facteur vasculaire. Mais il est impossible de dire si l'agent nocif diffusé dans le parenchyme y détruit d'abord es gaines myéliniques ou bien atteint primordialement la névroglie.

Discussion.

M. Noel Péron (de Paris) insiste sur le caractère neuropsychiatrique de l'affection, sur la mosaïque de symptômes où les troubles mentaux sont prévalents ou sont au moins entremêlés aux signes neurologiques, posant ainsi un problème diagnostique, devant lequel aussi bien le neurologiste que le psychiatre se trouvent embarrassés. La nature et l'autonomie de cette maladie posent un autre problème qui n'est pas encore résolu. S'agit-il d'une gliomatose diffuse primitive, d'une infection neurotrope ? Question de toute actualité dont on ne saurait pas méconnaître l'intérêt, car elle projette des lumières vives sur maints aspects de neuropathologie.

M. Donnaggio (de Modène) croit que l'absence de lésions axonales tient à ce que les méthodes argentiques habituellement employées ne les décèlent pas. Lorsqu'on emploie des méthodes plus fines, ainsi que l'a fait Gozzano, on trouve toujours des lésions de l'axone. Les rapports entre la maladie de Schilder-Foix et la sclérose en plaques semblent très étroits. L'origine toxique ou infectieuse est à retenir ; il faut y ajouter souvent un facteur traumatique adjuvant, ainsi que des expériences déjà anciennes le montrent. Quant à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive de l'axone ou d'une lésion primitive de la névroglie, la question reste ouverte. Mais M. Donnaggio pense qu'il s'agit d'une lésion axonale primitive entraînant une gliose secondaire.

M. Barré (de Strasbourg) insiste sur la rareté apparente de la maladie qui, peu connue encore, peut passer inaperçue. L'étude clinique de l'affection doit primer afin de mieux nous la faire connaître. L'anatomie pathologique ne peut rien apporter de plus ici, c'est une technique souvent décevante, statique. Ici, comme ailleurs, la clinique seule apportera les lumières qui éclaireront ce problème encore obscur.

Réponse du rapporteur. — M. Moreau se félicite de l'accord des orateurs sur ses conclusions.

C. — RAPPORT D'ASSISTANCE.

La protection des biens des psychopathes. — Le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer. — M. J. Lauzier rappelle que quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la valeur propre du système de protection établi en 1838, il est certain que ce système est suranné et qu'il ne satisfait plus aux tendances médicales de notre époque. Les malades placés dans les asiles privés sont aujourd'hui encore dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens. La sauvegarde de la loi doit être étendue à leur profit, grâce à une administration légale « automatique ».

Le rapporteur met en relief les principes généraux qui doivent inspirer l'organisation de la protection des biens des psychopathes. Une revision du droit actuel, le mettant en harmonie avec les progrès juridiques et médicaux ainsi qu'avec les conditions économiques présentes, s'impose ; il restera en outre à envisager les principes d'une protection efficace des biens du psychopathe traité à domicile ou dans un service ouvert.

Dans ce but, il serait à souhaiter que les autorités centrales prennent en considération les conclusions suivantes :

A. *Vis-à-vis des malades internés.* — Application aux malades des asiles privés de la sauvegarde prévue par la loi, les biens de ces derniers étant encore aujourd'hui le plus souvent dépourvus de toute protection ; extension des pouvoirs de l'administrateur judiciaire avec nomination obligatoire et concomitante par le tribunal d'un curateur à la personne ; obligation de fournir aux administra-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

teurs un état de la situation de fortune des malades par les familles et les services financiers de l'Etat ; reddition obligatoire de comptes périodiques par les administrateurs ; gratuité des frais de procédure dans quelques cas déterminés.

B. *Vis-à-vis des malades interdits.* — Nécessité d'une expertise médico-légale au cours de la procédure de l'interdiction ; élargissement des droits du procureur dans la provocation de l'interdiction ; retrait des pouvoirs de direction et de contrôle de la tutelle confiés jusqu'ici au conseil de famille et leur remise à l'autorité judiciaire ; obligation de fournir des comptes périodiques ; séparation de la protection des biens de celle de la personne : la désignation d'un tuteur pour les biens entraînant obligatoirement celle d'un curateur à la personne ; suppression des restrictions prescrites par la loi de 1838 à propos du régime de sortie des malades interdits.

C. *Vis-à-vis des malades traités dans les services ouverts.* — Possibilité, sur la demande du médecin-chef, chef du service ouvert, de faire désigner par le tribunal un administrateur provisoire ; extension aux services ouverts des prescriptions de l'article 39 de la loi de 1838 : annulabilité possible par le tribunal et sur demande spéciale et motivée des actes faits par toute personne durant son séjour dans un service ouvert.

Jusqu'ici, on a eu le tort de vouloir procéder à une réforme d'ensemble du régime des aliénés alors qu'il aurait été préférable, par une série de lois portant spécialement sur tel ou tel point, d'apporter progressivement les améliorations qu'exige l'intérêt des malades.

Discussion.

M. Achille Delmas (d'Ivry, Seine) critique la manie de vouloir tout légiférer « dont fait preuve le rapporteur en proposant un réseau législatif de plus en plus serré qui entravera le rôle du médecin ».

Actuellement les asiles privés sont soumis à une réglementation suffisante pour la protection des biens des aliénés, il suffit simplement de savoir s'en servir, il n'y a aucun risque. Par contre, une législation poussée amènera des ennuis aux familles, qui préféreront mettre leurs malades ailleurs que souffrir les petites vexations de l'administration. Le contrôle même proposé par le rapporteur ne sera pas une garantie, le rôle des curateurs se bornera à entretenir les querelles familiales.

Quant à la protection des malades traités en services ouverts, il est inconcevable d'en parler, car par définition ces malades ne sont pas des aliénés ; autrement il faudrait songer à appliquer les mesures proposées aux malades d'hospices et d'hôpitaux. A plus forte raison on ne peut pas, on ne doit pas parler de protection des malades soignés à domicile ; si l'on tient tant à la protection des biens de ces malades, il n'y a qu'une mesure à prendre : c'est la suppression des services ouverts, ce qui serait absurde.

M. Vignaud (de Vanves) fait siennes la plupart des critiques de M. Delmas ; l'examen approfondi des faits cités par le rapporteur va à l'encontre de ses conclusions ; les observations en effet ne montrent pas du tout l'insuffisance de la loi actuelle, mais simplement qu'on ne sait pas s'en servir ; l'orateur conclut avec faits à l'appui que les dispositions de la loi de 1838 et du Code pénal garantissent suffisamment les biens des psychopathes.

M. Desruelles ne fait pas de critiques au rapporteur, mais suggère une solution autre de la question : soit l'élargissement et la généralisation d'une mesure prévue par la loi de 1838 : l'interdiction.

M. de Clérambault (de Paris) regrette de ne pas voir un usage plus fréquent de l'interdiction.

Réponse du rapporteur. — M. Lauzier explique certains des points discutés et donne des précisions.

D. — COMMUNICATIONS DIVERSES

I. — Communications de psychiatrie.

Faut-il admettre les constitutions « schizoïde » et « épileptique » ? — M. L. Neuberger (de Paris) examine les raisons pour lesquelles on prétend élever ces états au rang de constitution ; il en résulte que si la notion d'un terrain somato-psychique favorable à l'éclosion de manifestations schizoïdes ou épileptoïdes semble évidente, il faut leur refuser la valeur d'une constitution morbide dans le sens précis de ce principe.

La dynamique et la statique des constitutions. — MM. P. Courbon et J. Tusques (de Paris). Il faut, dans la constitution mentale d'un individu, séparer d'une part la dynamique qui concerne la production de l'énergie, c'est-à-dire l'activité engendrée par cette énergie, d'autre part la statique qui concerne la forme dans laquelle cette énergie s'exerce, c'est-à-dire l'ensemble des facultés dont l'activité dispose. Les anomalies de la dynamique réalisent la constitution psychopathique cyclothymique. Les anomalies de la statique réalisent toutes les autres constitutions psychopathiques. Les anormaux de la statique : pervers, paranoïaques, émotifs, mythomanes, etc., sont des déséquilibrés. Les anormaux de la dynamique, autrement dit les cyclothymiques, sont des dysrythmés.

L'importance des constitutions en psychiatrie infantile. — M. H.-M. Fay (de Paris) étudie l'évolution de la personnalité dans l'enfance ; il met en relief la très grande importance des constitutions en psychiatrie et surtout des applications si utiles que l'on en fait en pédagogie.

La connaissance des constitutions et la psychothérapie. — M. Alexander (Bruxelles). En donnant au médecin la possibilité de décrire sans ambiguïté la personnalité psychologique d'un malade, M. Delmas a apporté à la psychothérapie un élément de progrès important. L'étude des moyens de se servir, dans le traitement moral, des tendances constitutionnelles doit être poursuivie ; il y a lieu également d'étudier systématiquement les possibilités d'adaptation ou de compression qu'offrent les diverses constitutions monosymptomatiques ou composites.

Morphologie et caractérologie (en particulier les délinquants). — M. W. Boven (de Lausanne) a étudié minutieusement une série de délinquants suivant les différentes écoles et types morphologiques ; or les plus dégradés morphologiquement étaient les individus moins dangereux, et inversement. La classification des délinquants ne doit donc pas user d'un schéma simpliste, impliquant l'étroite corrélation et la proportionnalité des signes moraux et morphologiques. L'expérience montre jusqu'au paradoxe le contraire. Seule est valable la morphologie ou anthropo-


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
Poudre
Clonazone
Daufresne
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT
VRAC
pour hôpitaux
et cliniques
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40 RUE THIERS _ LE HAVRE

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

logie qui table sur l'ensemble *statique et dynamique* de l'individu.

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon. — MM. F. D'HOLLANDER et ROUVROY (de Louvain). Injection de liquide rachidien et de sang de dément précoce au cobaye et au pigeon, par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale (73 cobayes inoculés). Sur 12 malades examinés, 7 ont donné des résultats positifs pour la tuberculose. Les lésions, inoculables en série, se trouvent dans les ganglions, les poumons, le foie, la rate, les reins, le mésentère : nodules exsudatifs, nodules folliculaires, cellules épithélioïdes, cellules géantes, caséum, bacilles de Koch. De nouvelles inoculations diront dans quelle mesure la « démence précoce » devra être dénommée la *psycho-bacillose*.

Les psychoses paranoïdes. — M. PRIVAT DE FORTUNIÉ (de Nancy) fait une étude intégrale de la question et établit un parallèle entre l'éclosion et l'évolution des psychoses paranoïdes et de la psychose hallucinatoire chronique.

Complexe et délire. — M. A. LEY (de Bruxelles), à l'appui de faits précis et convaincants, montre l'erreur méthodologique de la psychanalyse contre laquelle, après d'autres maîtres de la psychiatrie, il s'élève avec force.

Les indications de la malariathérapie en psychiatrie. — M. P. VERSTRAETEN (de Gand) rappelle qu'en dehors de la paralysie générale et des affections syphilitiques il est d'autres psychopathies qui peuvent bénéficier de la malarisation : démence précoce, psychose maniaco-dépressive, etc.

L'hyposulfite de magnésium en psychiatrie. — M. A. LÉONET (de Lyon) précise l'action pharmacodynamique de cet agent thérapeutique et en donne quelques-unes de ses principales indications : anxiété, épilepsie, cyclothymie maniaco-dépressive, etc.

Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique. — M. G. PETIT (de Paris), dans une analyse critique, dénonce avec vigueur le danger de l'illusion psychologique en médecine mentale, et il pense qu'il est temps d'essayer une nouvelle méthodologie biologique et médicale, car « de toutes les spécialités, la psychiatrie doit être la moins spéciale ».

Du rôle prédominant des infections par ultra-virus neurotropes dans le déterminisme des psychoses et psychopathies. — M. G. PETIT (de Paris).

II. — Communications de neurologie.

Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale. — M. E. LAUBIE (de Bordeaux) relate l'observation d'une femme de vingt-six ans, ayant subi une castration chirurgicale et présentant depuis, chaque mois, durant les premiers dix-huit mois, des accidents de petit mal épileptique, se répétant cinq à six fois pendant une journée à la date des règles supprimées, et cela malgré l'absorption régulière d'ovarine.

Depuis deux ans après cessation du traitement opothépique, ont apparu des crises convulsives nocturnes, un mois sur trois ou quatre, toujours à la même date. De tels cas, relativement rares, posent le problème des rapports entre l'épilepsie et la menstruation, *qui est encore à résoudre.*

Microcéphalie et encéphalopathie infantile chez un « enfant du radium ». — MM. HENRI ROGER et HAUGER (de Marseille) présentent l'observation d'une fillette de trois ans microcéphale avec retard du développement intellectuel et moteur, contracture d'action, attitudes athétosiques, tremblement pseudo-convulsif, née à terme par les voies naturelles à la fin d'une grossesse compliquée d'un néo du col traité au cinquième mois par le radium.

Opothérapie épiphysaire chez les arriérés verbaux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FAY rapportent les résultats obtenus par l'ingestion d'extrait de pinéale chez 32 arriérés verbaux.

Dans les retards de la parole dus à l'audi-mutité par agnosie ou accompagnés d'un léger retard mental, l'épiphyse constitue un traitement de premier ordre. Dans les retards de la parole, de l'audi-mutité avec lésions centrales manifestes, ou dans l'arriération profonde toujours symptomatique de lésions étendues des centres, les résultats sont négligeables ou nuls.

Sur un cas de sclérose en plaques aiguë à forme confusionnelle. — MM. CESTAN, RISER, GÉRAUD et LABRO (de Toulouse) rapportent un cas anatomo-clinique, illustré par de très belles projections, ayant trait à une femme de trente ans qui, après un épisode confusionnel avec moria, quelques signes cérébelleux et syndrome pyramidal, succomba rapidement. L'examen histologique montre que les plaques de sclérose siègent dans le télencéphale et dans la moelle ; en outre, dans ce cas les lésions vasculaires inflammatoires étaient très nettes.

Sur l'influence de quelques substances pharmacodynamiques sur le système nerveux. — M. V. VONDRACEK (de Prague) rapporte les résultats de ses recherches sur l'action de la strychnine, caféine, yohimbine, éphédrine, harmine sur le système nerveux.

Sur une réaction particulière dans les urines des épileptiques. — M. DONAGGIO (de Modène) apporte de nouvelles données sur la réaction qu'il a découverte dans les urines de certains malades et le comportement particulier de celles-ci chez les épileptiques et les fébricitants.

Sur un cas de syringomyélie avec mutilation des doigts. — MM. DEMERLIAC et DUPUYTOUT (de Limoges). Présentation de malade et discussion médico-légale, car l'affection débute après un traumatisme.

III. — Communications d'assistance et médecine légale.

L'assistance aux maladies mentales en Algérie : le programme actuel. — M. POROT (d'Alger) expose le plan de l'assistance psychiatrique en Algérie tel qu'il résulte du projet de 1924, en voie d'application actuellement.

Le rôle du dispensaire d'hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la protection des biens de certains malades mentaux. — M. ALEXANDER (de Bruxelles). L'Office de réadaptation sociale de Bruxelles, en collaboration étroite avec le Dispensaire d'hygiène mentale, gère le modeste patrimoine de malades sortis des asiles, des prisons ou des colonies pour vagabonds. Grâce à l'activité d'auxiliaires sociaux spécialisés, cet organisme peut connaître exactement les besoins des malades et les dangers que leur font courir leurs anomalies. La tutelle des biens ne doit pas être distincte de la protection psychiatrique et de l'aide sociale.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

*La XXXVII*ᵉ *session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française* se tiendra à Rabat (Maroc), en avril 1933, sous la présidence du professeur Georges Guillain (de Paris) et la vice-présidence du Dr Lagriffe (de Quimper). Le secrétariat permanent reste confié au Dr René Charpentier (de Paris) ; le secrétaire annuel est le Dr Le Cretoigne du Mazel, médecin-chef de l'asile de Rabat ; le trésorier, le Dr Vignaud (de Vanves).

Les questions suivantes ont été choisies pour figurer à l'ordre du jour :

PSYCHIATRIE. — *Les encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. MARCHAND (de Paris).

NEUROLOGIE. — *Les ataxies.* — Rapporteur : M. GARCIN (de Paris).

MÉDECINE LÉGALE. — *Les conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur : M. P. ABÉLY (de Paris).

J.-O. TRELLES.

DOUZIÈME SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

25-28 *juin* 1932 (1).

Pour la douzième fois les Journées médicales de Bruxelles organisées par notre excellent confrère *Bruxelles medical*, viennent de remporter un éclatant succès. Après la belle manifestation de 1931 qui avait été consacrée à la mémoire de Fernand Widal, le programme de cette année a confirmé ce caractère d'*institution médicale annuelle* qui permet aux médecins de tous les pays de revoir en quelques heures les méthodes nouvelles et les découvertes les plus récentes dans les sciences médicales.

Cette année, tous les habitués des Journées médicales se sont retrouvés à Bruxelles, les nouveaux étaient venus nombreux, et il semble bien que le record du succès ait été battu une fois de plus par nos amis Léopold Mayer, René Beekers, Raoul Bernard, les trois fondateurs des Journées, sans oublier leurs fidèles collaborateurs Max Cheval, Albert Govaerts, Jacques Rosenthal, Eugène Tant.

La séance inaugurale a eu lieu comme de coutume dans le cadre magnifique du Palais des Académies.

En l'absence de S. M. la Reine, retenue à Paris, la séance a été présidée par M. le premier ministre Renkin.

Les allocutions d'usage furent prononcées par M. Henry CARTON, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, par M. le professeur BALTHAZARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, au nom des délégués des gouvernements étrangers. Comme tous les ans, notre ami René BECKERS, secrétaire général, donna lecture du rapport annuel et se fit l'écho des préoccupations de nos confrères belges.

(1) Association de la Presse médicale française.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. le professeur Fernand HEGER, président des Journées médieales de 1932, prononça le diseours d'ouverture

Enfin la parole fut donnée au eonférencier : M. Etienne BURNET, direeteur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, seerétaire de la Commission de la Lèpre de la Société des Nations : M. Burnet avait pris eomme sujet *le Mystère de la Lèpre*. Nul mieux que lui ne eonnaît eette question qui intéresse l'humanité entière, mais plus partieulièrement les grandes puissances eoloniales.

M. Burnet étudia la lèprc au point de vue médical et bactériologique, au point de vue historique et au point de vue de l'avenir des eolonies.

Son grand talent d'orateur, sa préeision seientifique et l'élévation de sa pensée lui valurent un éelatant suceès.

Les réunions seientifiques eommencèrent dès le dimanche matin dans les beaux loeaux de l'Université libre de Bruxelles. Elles débutèrent par l'inauguration de l'exposition d'instruments et de produits pharmaeeutiques organisée avce le sueeès habitucl par notre iamable eonfrère Jaeques Rosenthal et par M. R. Lepière.

La disposition des auditoriums de l'Université permet à plusieurs eonféreneiers de parler en même temps. Les auditeurs n'eurent que l'embarras du choix pour entendre lcs eonférenecs de MM. O. WEILL (*Pathologie de l'artère pulmonaire*) ; D'ERNST (*L'Assurance responsabilité civile du médecin, au point de vue professionnel*) ; N. WATERMAN (*Les nouvelles données de la Cancérologie et leur intérêt pratique*) ; CAROZZI (*Doit-on systématiser la médecine sociale ?*) ; J. FRANÇOIS (*Technique et valeur des examens radiologiques pendant les opérations pour calculs du rein*) ; ROHMER (*Le rôle des infections parentérales dans les troubles digestifs du nourrisson*) ; DANIELOPOLU (*Le rôle du système végétatif dans la prodution de certains syndromes paroxystiques : asthme, angine de poitrine, tachycardie paroxystique, épilepsie*) ; VINCENT (*Les étapes d'une conception nouvelle de la pathogénie et du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire*) ; M. TRUS (*Contribution à l'étude des hormones du corps jaune*) ; L. DEVRAIGNE (*Ruptures insidieuses de l'utérus gravide*) ; MARANON (*Recherches sur l'hormone corticale*) ; L. GIROUX (*Les bradycardies*) ; DESCOMPS (*Le traitement des douleurs fulgurantes du tabes et des algies rachidiennes par les injections intra et para-rachidiennes*) ; L. VANDEN WILDENBERG (*Cancer du larynx*) ; DERSCHEID et TOUSSAINT (*Etude sur la formation, l'évolution et le traitement chirurgical des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel*) ; MISTAL (*L'endoscopie pleurale et la section d'adhérences*) ; PASCALIS (*Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran radioscopique face et profil*) ; MICHAUD (*La lithiase biliaire*) ; TYTGAT (*Les indiactions opératoires en pathologie hépatico-biliaire*) ; DELBREZ (*Recherches sur la pathologie de l'obstruction intestinale*) ; BOSCH-ARANA (*Synchronisation chirurgicale*), etc.

Les matinées, eomme de eoutume, étaient eonsaerées à la visite des centres hospitaliers et aux séanees opératoires.

Les réceptions furent aussi brillantes quc réussies. Le samedi soir, au Cirque Royal, ee fut d'abord une merveilleuse démonstration de gymnastique avec le eoneours du célèbre institut militaire d'Edueation physique, le Joinville belge. Le dimanehe soir, la représentation de gala de la Monnaie, où on donnait *Boccacc*, fut honorée de la présenee de LL. AA. RR. le duc et la duehesse de Brabant. Le banquet offieiel du lundi soir fut présidé par M. Carton, ministre de l'Intérieur et de l'Hyhiène. Il réunissait des membres du gouvernement, le corps diplomatique et plus de 200 médeeins.

Il nous faudrait encorc parler des visites, des promenades, des réeeptions particulières données par le ministre de l'Intérieur, par M. et Mme Fernand Héger et par les membres du Comité. Elles furent eomme de eoutume dignes de l'hospitalité belge et bien dignes aussi de la grande tradition des Journées médieales de Bruxelles.

F. L. S.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

CENTENAIRE DE LA BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

La British Medical Association vient de fêter son centenaire ; à l'occasion de cet événement, sa réunion annuelle s'est tenue à Londres du 23 au 29 juillet, sous la présidenee de Lord Dawson of Penn, médeein du Roi, et du président sortant, William Georges Willougby. Les Dominions y étaient représentés par les délégués officiels et de nombreux médecins étaient venus à titre individuel ; enfin des médeeins étrangers] parlant anglais avaient été invités à titre de « quart ». Parmi lcs Français invités, se trouvaient Armand-Delille, Le Mée ct Wal Nalle de Paris, Laeassagne de Lyon, cte., ete.

Nos collègues et amis d'outre-Manche ont partieipé en nombre considérablc à cctte réunion en lui donnant toute la solennité et le faste qu'ils savent consacrer à tout ce qui touehe à la conservation des traditions ; le superbe hôtel que possède l'Association à Avistock Square et qui est doté d'une admirable bibliothèque, a été le siège de la réunion statutaire, mais il n'était pas assez vaste, ni pour la séanee d'ouverture, qui a eu lieu au Queens Hall, ni pour recevoir lcs convives du dîner du Centenaire, qui eomportait plus de 2 000 assistants, et qui a eu lieu à l'Albert Hall.

La réunion scientifique proprement dite, véritable Congrès national de médecine, a eu lieu les 27, 28 et 29 juillet, à l'Institut impérial de sciences et de teehnologie de South Kensington et au hall de la Royal Geographical Society. Ce Congrès était divisé en 22 seetions ; nous ne pouvons donner iei l'énumération complète des sujets traités, mais siguler seulement ceux qui présentaient lc plus grand intérêt, et qui avaient pour but de faire la mise au point de la plupart des qucstions à l'ordre du jour dans le domaine de la pratiquc et de la prophylaxie.

La séance d'ouverture a comporté une remarquable eonférence de Lord Dawson, qui a passé en revue les progrès merveilleux accomplis par les scienees médicales depuis un siècle et a montré les domaines nouveaux

(1) *Association de la Presse médicale française.*

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

qu'ouvre, après la bactériologie, la découverte des vitamines et des hormones.

La section de Médecine, présidée par Sir Humphrey Rollestou, a discuté les *applications cliniques* des recherches récentes sur les affections de l'ossification ; avec de très remarquables rapports de Mallemby, connu déjà par ses recherches sur les rapports des vitamines et du métabolisme du calcium, et de Leonard Parsons, le pédiatre bien connu de Birmingham, qui a parlé du rachitisme et de son traitement ; elle a encore étudié la sclérose des coronaires sur un rapport de John Parkinson de Londres. Enfin, dans une séance combinée avec la section de Radiologie, elle a étudié la valeur de la *Radiologie dans le diagnostic des affections pulmonaires*.

Les Drs Chambers et Burrell ont conclu qu'à l'heure actuelle tout examen d'une affection pulmonaire nécessitait un examen radiologique complet. D'intéressantes radiographies de pneumoconioses ont été apportées par Lyle Cummins.

La section de Chirurgie, présidée par Lord Moyniham of Leeds, avait parmi ses vices-présidents Archibald, de Montréal, et pour secrétaire John Hunter ; elle a principalement discuté la prostatectomie et la splénectomie. La discussion a été ouverte par Lord Dawsou et Lord Moyniham.

La section de Gynécologie, présidée par Comyns Berkeley, a discuté les indications de l'avortement thérapeutique et le traitement du carcinome utérin.

La section de Physiothérapie, présidée par Leonard Hill, a étudié la valeur des manipulations et de l'électricité en thérapeutique, la question du charlatanisme en physiothérapie, enfin le rôle de l'air, de la lumière, de la pression atmosphérique et de la température, particulièrement en ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La Section d'Oto-laryngologie était présidée par Sir Sinclair Thomson, l'éminent spécialiste grand ami de la France et si connu de tous les médecins parisiens ; elle a discuté la question de l'otite moyenne et celle de la valeur diagnostique et thérapeutique de la bronchoscopie.

La section d'Anatomie pathologique, présidée par Muir, de Glasgow, s'est consacrée à l'étude des pneumoconioses et du *métabolisme du cholesterol* au cours des maladies.

La Section de Bactériologie, présidée par Sir A. Wright, avec de nombreux vice-présidents, dont Christophers, a discuté les bases immunologiques des inoculations prophylactiques contre les maladies infectieuses ; les aspects bactériologiques des infections par le lait et, en collaboration avec la section d'anatomie pathologique, l'étude des modifications des tissus dans les infections à virus filtrants.

La section de Radiologie, en plus de la question des affections respiratoires ci-dessus mentionnée, a étudié l'investigation radiologique des causes de la sciatique et le traitement des états inflammatoires par les radiations

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

La section de Neurologie a étudié les conditions étiologiques des scléroses multiples et les désordres sympathiques au point de vue thérapeutique.

La section de Pédiatrie, présidée par G.-F. Still, l'éminent pédiatre, avec Leonard Findlay comme vice-président et Leonard Parsons, a étudié les péritonites aiguës à pneumocoques et à streptocoques, et d'autre part les dilatations bronchiques, sur un rapport du professeur Ch. Mac Niel d'Edimbourg.

La section de Thérapeutique a étudié la sérothérapie de la pneumonie.

La section de Physiologie, les résultats des recherches récentes sur les hormones sexuelles.

La section d'Ophtalmologie s'est consacrée à l'étude des manifestations oculaires des lésions de la cinquième paire et à la circulation du liquide ciliaire.

La section d'Orthopédie a étudié différentes questions de fractures et de tuberculose osseuse.

La section de Vénéréologie a étudié les principes du diagnostic et du traitement précoce des affections vénériennes au début chez la femme.

La section d'Anesthésie a discuté le choix des anesthésiques dans la chirurgie abdominale.

La section de Médecine tropicale, présidée par Leonard Rodgers, avec Ronald Ross parmi les vices-présidents, a étudié les récents travaux sur la fièvre jaune et les maladies à virus filtrants.

La section de Pathologie mentale s'est consacrée à l'étude de la santé mentale.

La section de la Tuberculose, présidée par Sir Robert Philips, avec Burrell et Lyle Cummins comme vices-présidents, a étudié l'état actuel de la tuberculine au point de vue de sa valeur diagnostique et thérapeutique.

Enfin une section d'Histoire de la médecine a étudié l'évolution médicale pendant les derniers siècles en Angleterre.

Celle de Médecine légale s'est consacrée à l'étude des suicides et celle de Médecine sociale au Service social à l'Hôpital.

Signalons aussi une réunion qui a eu lieu à l'École d'hygiène et de médecine tropicale, dans les locaux d'un superbe bâtiment inauguré en 1929. On y a constitué un fort beau musée d'hygiène, avec tout ce qui a trait aux maladies infectieuses européennes et tropicales — reproductions, photographies en couleurs, diagrammes.

Rappelons aussi qu'à l'occasion de ce congrès, le gouvernement français a nommé au grade de commandeur de la Légion d'honneur Sir Sinclair Thomson, l'éminent laryngologiste, et que la cravate lui a été remise, à l'issue d'une réunion, le 27 juillet, à l'Anglo-French Luncheon Club, par le Dr Le Mée, en présence de nos confrères Armand-Delille, Weill-Hallé et Lacassagne, et d'éminentes personnalités appartenant au monde médical britannique et à la haute société londonienne.

A. D.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

XIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 31 mai et 1er juin 1932.

III. **Acquisitions récentes concernant la symptomatologie et aidant au diagnostic.** — M. O. CROUZON (de Paris). — Ce rapport important échappe pour sa plus grande part, à toute analyse, car il constitue un compendium des travaux récents qui ont été publiés sur chaque point de l'histoire clinique de l'épilepsie.

Parmi les phénomènes satellites de l'accès, l'étude se limite à un certain nombre de points : l'aura fébrile et les équivalents hyperthermiques, qui seraient liés à l'excitation du centre de la régulation thermique, et qui représenteraient une forme du type extrapyramidal de l'épilepsie, — la pression artérielle, qui est généralement plus élevée pendant la crise, et qui semble plus instable chez les épileptiques que chez les sujets normaux, — les modifications hématologiques, et en particulier la leucocytose qui suit souvent la crise, — les réactions vestibulaires, qui, par la méthode de Barany, seraient, elles aussi, particulièrement instables chez les épileptiques, et qui seraient peut-être susceptibles de déterminer chez eux des crises (P. Marie et Pierre), — les modifications du liquide céphalo-rachidien et de la tension artérielle rétinienne, qui semblent très variables et inconstantes, — enfin les troubles sympathiques, qui sont l'objet d'une analyse détaillée : il faut signaler, en particulier, la discussion sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques, que la majorité des auteurs, avec Claude, Tinel et Santenoise, et malgré les réserves de Marchand et Adam, ont trouvé exagéré avant les crises, diminué après les crises, et abaissé par le gardénal. Pour Marinesco et Kreindler, les modifications des réflexes du sinus carotidien, qui sont généralement diminués chez les épileptiques, interviendraient dans le mécanisme des crises. Il faut rapprocher des troubles sympathiques l'œdème aigu du poumon consécutif à l'accès épileptique, décrit par Langeron.

Dans le groupe des manifestations frustes et incomplètes de l'épilepsie, les principaux chapitres analysés sont les myoclonies, le syndrome de Kojewnikov, les « attaques statiques » étudiées par Ramsay Hunt et par André Thomas, l'épilepsie extrapyramidale, dans laquelle on range actuellement les attaques toxiques, la cataplexie, la pycnolepsie, les associations avec le torticolis spasmodique (Cruchet, Marchand et Bauer, Cornil), l'épilepsie paralytique, enfin les paroxysmes viscéraux dans le diagnostic desquels il importe d'être très circonspect (Baruk), et les paroxysmes sensoriels, visuels, auditifs, olfactifs ou gustatifs.

L'épilepsie présente des analogies plus ou moins lointaines avec toutes les « maladies à crises ». Parmi ces dernières, celles qui lui sont le plus nettement apparentées appartiennent à trois groupes distincts : la spasmophilie et la tétanie, — les psychoses paroxystiques, maniaques, ou anxieuses, — enfin la migraine. Les relations de la migraine et de l'épilepsie, en particulier, sont l'objet d'une analyse minutieuse et d'un historique détaillé.

Dans le chapitre du diagnostic, nous signalerons surtout la discussion des signes objectifs dans lesquels on a espéré trouver des éléments différentiels entre la crise épileptique et la crise hystérique : variations du *p*H urinaire, de la cholestérinémie et de la glycorrachie, hypersensibilité protéinique, réflexes oculo-cardiaques, labyrinthiques ou carotidiens, susceptibles de mettre en valeur un déséquilibre vago-sympathique, hyperexcitabilité électrique des nerfs, « tests psychologiques », influence de la suppression du gardénal, action de l'acétylcholine, épreuve de provocation des crises par l'hyperpnée ou par l'hyperuictation.

L'évolution du syndrome épilepsie amène le rapporteur à discuter la notion d'« habitude épileptique » de Hartenberg, le rôle de l'émotion et des autres causes provocatrices, des infections, des influences cosmiques, de la menstruation. Une question d'ordre éminemment pratique est celle-ci : « Combien de temps après la disparition des crises faut-il continuer le médicament anti-épileptique ? » Pitres, après Legrand du Saule, estime qu'un délai de deux à trois ans est suffisant, quitte à reprendre le traitement plus tard en cas de récidive.

Au sujet de l'état de mal épileptique, M. Crouzon rappelle surtout les données rassemblées par Bouttier concernant les phénomènes satellites de ce syndrome.

***

IV. **L'épilepsie psychique.** — M. J. ABADIE (de Bordeaux). — La « mentalité » de l'épileptique offre généralement un certain nombre de particularités : la lenteur des opérations intellectuelles (bradypsychie), le caractère irritable, avec un fond de dépression affective, une instabilité qui se dissimule ou qui se dévoile en actes de violence impulsive, une adaptation généralement très imparfaite au milieu. Ces éléments se trouvent surtout dans les épilepsies du jeune âge ; ils peuvent précéder les premiers accès. Ils s'associent souvent à une déficience mentale quantitative, mais ce n'est pas une règle absolue : « l'épilepsie peut, en effet, se rencontrer avec tous les degrés de l'intelligence », et même avec un « caractère sensiblement normal ».

Les troubles psychiques qui accompagnent les crises sont classiques ; prodromes psychiques, qui permettent parfois de prévoir et de prévenir l'accès, auras psychiques, perte subite et complète de la connaissance au moment même de la crise, confusion mentale post-convulsive, qui est très fréquente, qui peut s'accompagner d'agitation, d'amnésies de divers types, de troubles du caractère, et qui peut durer de quelques minutes à plusieurs jours.

Parmi les *équivalents psychiques* de l'épilepsie, la part, la plus importante revient aux impulsions épileptiques, dont on connaît, en particulier, les répercussions médicolégales. En règle générale, l'impulsion épileptique se caractérise par sa soudaineté, par son indépendance des conditions extérieures, par son accomplissement automatique, par son exécution ordinairement brusque, par sa courte durée, par sa réitération similaire intermittente, ou même périodique, enfin par l'inconscience du malade pendant l'exécution et par son amnésie complète par la suite. Cependant plusieurs de ces caractères peuvent manquer, et la question reste à l'étude.

Les *psychoses épileptiques* ont une existence clinique moins démontrée. Pour certains, il ne s'agit que d'états

confusionnels, pré ou post-convulsifs, dont la phase de convulsions a passé inaperçue, ou bien de psychoses associées. Pour d'autres, il existe des psychoses épileptiques, caractérisées par le délire transitoire, survenant soudainement, par accès identiques et périodiques, de courte durée, et suivis d'amnésie. Tantôt l'accès est de type maniaque avec fureur (« grand mal intellectuel » de Falret); tantôt, ce sont la confusion, l'onirisme hallucinatoire et la stupidité qui dominent. Les frontières de ces psychoses épileptiques, que discute le rapporteur, sont difficiles à délimiter, et leur diagnostic, malgré les épreuves proposées, reste bien difficile.

La *démence épileptique*, à laquelle on a attribué pendant longtemps une existence autonome, est, elle aussi, une notion à reviser, qui appelle de nouveaux contrôles anatomo-cliniques. Il semble bien qu'il existe, non pas une démence épileptique, mais des états démentiels chez les épileptiques, avec des aspects tout différents selon l'âge auquel ils apparaissent et les lésions auxquelles ils sont liés. Il n'est pas démontré, en effet, que les accidents épileptiques — indépendamment des lésions qui en font le substratum — soient capables, par eux-mêmes, de déterminer les lésions qui provoquent l'état démentiel.

En terminant, M. Abadie discute longuement la question de l'*épilepsie consciente et mnésique*. Après critique des faits rapportés, entre autres des « formes dégradées » de Claude et Baruk, des « crises statiques » de Ramsay Hunt et des accès pycnoleptiques ou cataplectiques, enfin des faits beaucoup plus rares d'accès convulsifs généralisés, d'impulsions à la violence ou au meurtre, et même d'état de mal, dans lesquels la mémoire est conservée, il faut constater que le nombre des documents incontestables de cet ordre reste très restreint, et que les plus grandes réserves s'imposent, en la matière, dans l'établissement de conclusions médico-légales.

***

V. **Acquisitions récentes concernant l'anatomie pathologique. L'épilepsie extrapyramidale et le centre épileptogène.** — M. O. Crouzon. — Le rapporteur ne peut envisager toutes les lésions susceptibles d'accompagner le syndrome épileptique, et il doit se limiter à l'étude des lésions anciennes qui peuvent déterminer l'épilepsie dite essentielle ; la description de ces lésions, avant tout vasculaires et architectoniques, varie dans les détails suivant les observations.

Mais, à côté des lésions corticales, qui sont les plus habituelles, on sait maintenant qu'il existe des lésions extrapyramidales, striées ou sous-corticales, qui joueraient surtout un rôle dans l'élément tonique de la crise. Ces lésions intéressent surtout le *globus pallidus*, le corps strié, le noyau rouge, le pédoncule cérébelleux supérieur et le cervelet. Dans un cas de Guillain, Alajouanine, Bertrand et Garcin, les crises, uniquement toniques, correspondaient à une lésion pédonculaire voisine du *locus niger*. Des faits de ce genre expliqueraient l'association possible de l'épilepsie avec le torticolis spasmodique, avec les spasmes de torsion et avec le syndrome parkinsonien. Dans certaines observations le point de départ des crises paraît se trouver dans les ventricules cérébraux (Thom, Chartier, Tyczko, Gordon). Les faits anatomo-cliniques de ce genre, rapprochés des expériences de Demole, servent de point de départ aux théories d'Albert Salmon (de Florence) sur l'existence d'un « centre végétatif épileptogène » situé dans les centres sympathiques diencéphaliques de la région juxtahypophysaire.

***

VI. **Etat actuel du traitement de l'épilepsie.** — M. O. Crouzon. — Le rapport étudie d'abord le traitement médicamenteux de base : bromures qu'on peut associer à l'hypochloruration, luminal ou gardénal, rutonal, enfin tartrate borico-potassique, employé pur ou associé aux autres médications, dont il renforce l'action, mais qu'il ne saurait remplacer. En association, on peut utiliser également l'opium, la digitale, la pilocarpine, et surtout la belladone.

Parmi les multiples médications dont les travaux pathogéniques ont suggéré l'essai contre l'épilepsie, les plus intéressantes sont les neurotoxiques (venin de cobra, crotaline, virus rabique, toxine tétanique), la médication calcique (en particulier par la voie intraveineuse), les formes diverses de la protéinothérapie (injections de lait, d'auto-vaccins, de sérums étrangers; autohémothérapie et autosérothérapie), la pyrétothérapie (malaria ou fièvre récurrente), diverses opothérapies, qui peuvent avoir une influence adjuvante; enfin les cures diététiques : régime sucré (Wladyczko), régime cétogène, pour lequel M. Crouzon donne la technique de MM. Pagniez et Plichet, régime d'inanition (méthode de Bigwood), cure de déshydratation suivant la technique de Temple-Fay ou celle de Hartenberg.

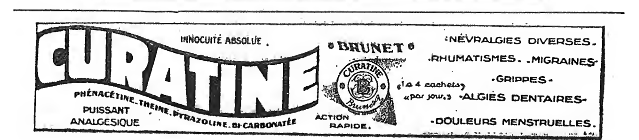
Ces médications de base ne doivent pas empêcher de tenter, lorsque cela est possible, une thérapeutique étiologique. On n'omettra jamais, en particulier, le traitement des vers intestinaux, de l'hérédo-syphilis ou du syndrome spasmodique hypocalcique, toutes les fois que l'indication s'en posera.

Le traitement chirurgical s'applique surtout, bien entendu, à l'épilepsie traumatique et à l'épilepsie symptomatique des tumeurs cérébrales.

Dans l'épilepsie traumatique, il est indiqué non seulement contre les formes bravais-jacksoniennes, mais parfois même contre les formes généralisées, à condition qu'il y ait une lésion locale (enfoncement osseux, exostose, corps étranger, adhérence méningée circonscrite), sur laquelle le chirurgien ait prise. Les succès opératoires sont fréquents, mais ils sont inconstants, car c'est la cicatrice cérébrale, fibro-névroglique, qui provoque l'épilepsie, plus que la cicatrice méningée, et il est plus difficile d'intervenir sur la première que sur la seconde. Dans l'état de mal jacksonien, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour opérer.

Les tentatives chirurgicales n'ont donné encore que bien peu de succès dans l'épilepsie essentielle: tel est le cas des sympathectomies péricarotidiennes et périvertébrales, des surrénalectomies ou des irradiations surrénales, de l'ovariectomie. Parfois, une intervention abdominale, l'ablation d'un névrome d'amputation (Barré), une opération de Brauer (Rouslacroix) ont suffi pour faire cesser ou pour atténuer des crises d'épilepsie.

La radiothérapie, non plus que les divers modes d'élec-



INNOCUITÉ ABSOLUE
CURATINE
PHÉNACÉTINE. THEINE. PYRAZOLINE. BI CARBONATÉE
PUISSANT ANALGÉSIQUE
BRUNET
ACTION RAPIDE.
«1 à 4 cachets» «par jour.»
NÉVRALGIES DIVERSES.
RHUMATISMES. MIGRAINES.
GRIPPES.
ALGIES DENTAIRES.
DOULEURS MENSTRUELLES.

trothérapie ne semblent pas avoir donné, jusqu'à présent, de résultat favorable.

L'état de mal comporte, outre les indications thérapeutiques générales de l'épilepsie, quelques indications particulières : la ponction lombaire, associée ou non aux injections intraveineuses d'eau distillée, le chloroforme en inhalations, le somnifène ou le luminal sodique en injection, les injections intraveineuses de chlorure de calcium, la saignée (Pitres), dont l'utilité est discutée, enfin l'injection sous-cutanée de chlorhydrate d'acétylcholine, qui ont donné de bons résultats à Etienne et ses collaborateurs, à de Gennes, à Pagniez, Plichet et Ph. Decourt.

***

VII. Etat actuel des questions sociales. — M. O. CROUZON. — La question de la responsabilité des épileptiques est souvent posée en médecine légale. En principe, les délits ou les crimes commis pendant les accès paroxystiques comportent l'irresponsabilité complète; ceux qui sont commis dans l'intervalle laissent intacte la responsabilité ; mais la discrimination de ces états, le diagnostic même de l'épilepsie comportent souvent des difficultés.

Il faudrait tout d'abord créer dans les prisons des annexes psychiatriques qui permettraient la mise en observation des inculpés.

Il faudrait ensuite prévoir l'assistance des épileptiques délinquants. Un sujet qui a commis un crime pendant un équivalent psychique est déclaré irresponsable, comme se trouvant en état de démence au moment de son acte ; il ne peut donc être mis en prison. Mais, au moment du jugement, il est sain d'esprit : on ne peut donc l'interner. Il y a pourtant un danger à le laisser en liberté. Il faudrait donc pourvoir à son placement par des mesures d'assistance spéciales. La Belgique, la Suède y ont pourvu dans un sens tout différent. Le rapporteur propose des colonies, qui comprendraient à la fois un quartier d'asile pour les épileptiques aliénés, un quartier d'hôpital, un quartier de rééducation pour les délinquants, des écoles, des centres d'apprentissage, des centres de travail pour adultes, enfin des centres agricoles.

Après quelques paragraphes consacrés à la capacité civile, au mariage, au taux d'invalidité des épileptiques, M. Crouzon étudie l'assistance aux épileptiques. A cet égard, la France est beaucoup moins bien dotée que nombre de pays étrangers.

Pour les épileptiques de l'âge scolaire, les crises exclusivement nocturnes n'entravent guère la vie normale. Mais, si les crises sont diurnes, et s'il y a des troubles mentaux, il est nécessaire de créer des écoles spéciales, distinctes de l'asile, et qui permettent cependant l'internat nécessaire, même pour les enfants de condition modeste.

Pour les épileptiques adultes, le nombre des crises rend parfois nécessaire le placement. Ce placement ne devrait se faire que dans des asiles spéciaux d'épileptiques. Mais ces asiles spéciaux sont très peu nombreux, et, bien que le nombre des grands épileptiques à placer ait diminué depuis la médication par la phényl-éthyl-malonylurée et par ses dérivés, la phrase de Legrand du Saule reste trop souvent vraie : « Pour placer un épileptique en lieu sûr, pour lui être sincèrement secourable, je suis obligé de lui jeter sur l'épaule la livrée du délire. »

Discussion des rapports sur les épilepsies.

M. COURBON signale deux points spéciaux de l'histoire clinique des crises épileptiques : d'une part, la possibilité d'exhalaisons fétides au cours de la crise, symptôme dont il discute la pathogénie; d'autre part, l'inconscience habituelle des épileptiques à l'égard de la gravité de leur état, ce qui explique la rareté du suicide chez les épileptiques.

M. DONAGGIO (de Modène) étudie l'évolution en sens inverse des réflexes tendineux et des réflexes cutanés avant et pendant la crise d'épilepsie ; il mentionne la fréquence du phénomène de Boveri chez les épileptiques. Anatomiquement, il a constaté, chez ces malades, à l'encontre des assertions d'Altschul, une résistance remarquable du réseau neuro-fibrillaire.

M. J. LHERMITTE relate une observation anatomoclinique qui démontre l'existence d'un centre sous-cortical fonctionnel de l'épilepsie : un malade, atteint d'une hémiplégie droite complète, fait, devant les yeux de l'auteur, une crise d'épilepsie qui intéresse les membres paralysés. Or l'autopsie montre que, du côté gauche, le cortex de la région sylvienne est totalement détruit.

Pour M. Lhermitte, la réaction aux médicaments serait variable selon le siège de l'épilepsie : les épilepsies corticales répondraient bien aux bromures, alors que les épilepsies sous-corticales subiraient plutôt l'influence des barbituriques.

M. ANDRÉ THOMAS dit que chez chaque épileptique il existe, en un point de l'encéphale, une zone électivement irritable, qui réagit à diverses excitations humorales ou qu'éveillent des phénomènes de répercussion sympathique motrice.

MM. LARUELLE et HEERNU (de Bruxelles) ont étudié l'hyperpnée comme moyen de diagnostic de lésions ou de maladies nerveuses.

Chez les épileptiques, ils ont pu provoquer les crises en dix à quinze minutes, ce qui permet d'en étudier les caractères.

Chez les malades suspects de lésions organiques, ils ont pu, grâce à l'hyperpnée, faire apparaître des symptômes : troubles moteurs, altérations de la sensibilité objective, troubles réflexes, et en particulier signe de Babinski. Dans un cas, le signe de Babinski, révélé d'abord par l'hyperpnée, est devenu manifeste sans préparation six mois plus tard. C'est de la cinquième à la dixième minute, avant la phase de tétanie, que ces modifications des réflexes sont les plus manifestes.

Les auteurs pensent que l'hyperpnée involontaire de certains anxieux peut être à l'origine des contractures qui accompagnent parfois les crises émotives. Ils rapportent trois observations à l'appui de cette hypothèse. Ils suggèrent que la provocation des crises par hyperpnée pourrait exercer une action thérapeutique. M. P. Pagniez, qui a essayé cette manœuvre chez trois malades, n'a pas obtenu d'effet favorable, et il y a renoncé.

M. HEERNU a étudié les modifications du milieu san-

guin et des urines au cours de l'hyperventilation expérimentale.

La tétanie par hyperpnée se produit parfois sans altération de la calcémie ni du *p*H.

M. le professeur H. CLAUDE n'écarte pas d'une manière absolue la notion de l'hérédité épileptique ; il rapporte l'observation d'une famille de sa clientèle, dont plusieurs membres sont atteint d'épilepsie. Il insiste sur la variabilité et sur l'instabilité de la constitution du sang (Ca, Na, K du sang; polypeptidémie), avant les crises et pendant les crises. Cette instabilité, qui donne lieu à des modifications imprévisibles, est telle que, en cas de diagnostic difficile entre l'hystérie et l'épilepsie, elle constitue un argument en faveur de cette dernière affection. Après diverses observations sur l'épilepsie provoquée par la bulbocapnine, sur les relations de la migraine avec l'épilepsie, l'auteur précise qu'il existe, chez tous les épileptiques, une instabilité du terrain, qui leur est commune, et un élément toxique, qui est sans doute variable de l'un à l'autre.

M. LÉPINE (de Lyon) insiste sur l'importance de l'élément circulatoire dans le déclenchement des crises, ce qui explique le rôle provocateur des émotions, l'action thérapeutique qu'exercent parfois les toni-cardiaques.

M. BARRÉ (de Strasbourg) insiste sur la nécessité d'instituer un traitement spécifique toutes les fois qu'une étiologie syphilitique paraît possible chez l'enfant. Ce traitement reste inefficace chez l'adulte.

M. A. CHARPENTIER a constaté l'existence du signe de Babinski à la suite des crises d'éclampsie puerpérale comme dans les autres formes de l'épilepsie.

M. FROMENT (de Lyon) discute les difficultés du diagnostic dans l'« hystéro-épilepsie » ; des manifestatione pithiatiques peuvent se produire pendant la périods confusionnelle post-convulsive, et les réactions émotive peuvent s'accompagner de contractions toniques absolument distinctes de celles de l'épilepsie.

Communications sur les épilepsies.

Enquête pathologique chez les épileptiques. — MM. SCHRŒDER et JACOBSEN (de Copenhague) ont fait, chez une centaine d'épileptiques, la statistique des symptômes pathologiques, sûrs ou douteux, décelés par l'examen du liquide céphalo-rachidien, de l'appareil oculaire, des radiographies craniennes, des oreilles, du système nerveux, ou par l'enquête sur les antécédents héréditaires. Ils ont retrouvé des signes pathologiques dans 50 p. 100 des cas.

Convulsions de l'enfance dans leurs rapports avec l'épilepsie. — MM. HEUYER et DUBLINEAU ont suivi l'évolution de 475 enfants qui avaient présenté des convulsions. Les convulsions sévères, accompagnées de pertes de connaissance, grèvent toujours l'avenir d'une manière assez sérieuse. Les auteurs ont noté, soit des convulsions ultérieures, soit des troubles psychiques, dans 60 p. 100 des cas de convulsions de la première enfance, et dans 80 p. 100 des cas de convulsions plus tardives. Certaines de ces convulsions infantiles ou juvéniles sont susceptibles de guérir par le traitement spécifique. La question reste en suspens, de savoir si les convulsions hyperpyrétiques, le spasme du sanglot, prédisposent à l'épilepsie.

Quatre cas d'épilepsie d'origine pleuro-pulmonaire — MM. PAUL COSSA et PIERRE DESTRES (de Nice) rapportent deux observations dans lesquelles les crises comitiales sont le premier signe d'une atteinte tuberculeuse du poumon, et, disparaissant avec l'institution d'un pneumothorax dans un cas, elles reparaissent lors d'une rechute pour disparaître de nouveau avec elle. L'origine toxique est probable.

Dans une autre observation, des crises comitiales sont déclenchées lorsqu'un malade porteur d'un épanchement gauche se couche sur le côté droit. L'origine réflexe est probable, par pression de l'épanchement sur le médiastin.

Dans un dernier cas, une crise comitiale, suivie de délire onirique, se produisit lors de la pénétration du trocart dans la plèvre pour une insufflation.

Paludisme et épilepsie. — M. POROT (Alger) étudie les rapports du paludisme et de l'épilepsie. Le paludisme aigu de première invasion peut s'accompagner de signes nerveux graves et en particulier de crises d'épilepsie. Mais ces dernières ne se prolongent pas plus de quelques mois. L'auteur n'a pas trouvé un seul cas qui prouve l'origine palustre d'un mal comitial chronique.

Le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie de l'épilepsie. — M. ÉTIENNE (de Nancy) rapporte deux observations, dans lesquelles il a observé la disparition du pouls radial au moment des crises, et l'action du nitrite d'amyle, qui fait réapparaître le pouls radial et cesser la crise. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une femme dont les crises, apparues au cours d'une grossesse, étaient rythmées par les règles ; dans le deuxième cas, d'un homme qui se trouvait en état de mal du fait d'une granulie méningée. Dans une troisième observation, les crises ne cédaient pas au gardénal, mais elles ont cessé par les injections d'acétylcholine.

Sur le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des accès épileptiques. — M. DINO BOLSI (de Turin) a essayé l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie ; les résultats ont été variables et incomplets. L'ablation du corpuscule carotidien, qu'il a fait pratiquer, est restée inefficace. La lésion cérébrale reste, en général, plus importante que les réflexes vaso-moteurs.

Quelques données expérimentales et cliniques, à l'appui d'un centre épileptogène dans la région diencéphalique. — M. SALMON (de Florence).

Sur l'épilepsie jacksonienne par lésions vasculaires. — MM. RISER, DUCOUDRAY et PLANQUES (de Toulouse).

Sur l'épilepsie jacksonienne solitaire des tumeurs cérébrales. — MM. RISER, DUCOUDRAY et MÉRIEL (de Toulouse). — Dans un de leurs cas de méningiome de la région rolandique, la stase papillaire n'a fait son apparition que quatorze ans après les crises jacksoniennes.

Clinique, pathologie et traitement des épilepsies. — M. DIDE (de Toulouse) insiste sur la variabilité de l'état humoral des épileptiques et de leur état neurotonique, sur les relations des vertiges épileptiques avec les vertiges labyrinthiques, sur la nature extrapyramidale probable de beaucoup d'épilepsies au cours des méningites : les méningites qui s'accompagnent le plus volontiers d'épilepsie sont souvent celles dont les lésions basilaires sont dominantes. Au cours de l'état de mal, les ponctions lombaires répétées améliorent beaucoup le pronostic.

Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire par action de la lumière chez les épileptiques pendant la période

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

interparoxystique. — M. FEDELE NEGRO (de Turin).

Hyperkinésie à allure épileptoïde. — M. BRUNSCHWEILER (film).

Crises épileptiques simulant la chorée chronique. — M. BRUNSCHWEILER.

Crises épileptiques et varices méningées. — M. BRUNSCHWEILER.

Traitement chirurgical des crises jacksoniennes postapoplectiques. Importance de l'œdème cérébral qui accompagne les foyers vasculaires. — MM. JENTZER et DE MORSIER (de Genève).

L'extirpation du ganglion carotidien dans les épilepsies. M. LAUWERS (de Courtrai).

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'épilepsie. — M. PUMSEPP (de Tartu).

Du procédé de Henry Delagenière (ligature du sinus longitudinal supérieur) et des procédés dérivés dans le traitement de l'épilepsie essentielle. — M. YVES DELAGENIÈRE (du Mans).

Sur la physiologie pathologique des épilepsies. — M. AUGUSTE TOURNAY expose deux ordres de constatations, cliniques et expérimentales, qui lui ont donné accès sur ces problèmes.

D'une part, le comportement des réflexes plantaires, que la recherche clinique montre, dans certains cas observés, différent du type habituel, permet de se représenter que les accidents épileptiques ne se réalisent pas aux mêmes « niveaux » de l'encéphale dans tous les cas.

D'autre part, si les effets sensitifs expérimentalement provoqués par des perturbations sympathiques conduisent à la conception d'un mécanisme régulateur de la sensibilité, ce que confirmeraient les mesures de chronaxie faites par d'autres auteurs (Fœrster et ses collaborateurs), l'instabilité du système nerveux organo-végétatif, dont il est signalé tant d'indices dans les épilepsies, pourrait aller de pair avec un dérèglement des seuils d'excitabilité qui favoriseraient l'action des processus organiques et des facteurs humoraux générateurs de crises.

Spasmes musculaires et épilepsie. — MM. VILLARET et DESOILLE.

Phénomène de Magnus et de Kleyn transitoire du côté malade chez une hémiplégique ancienne au cours d'un état de mal épileptique. Myoclonies rythmées entre les accès. — MM. RAYMOND GARCIN et R. LAPLANE versent au débat les faits cliniques suivants : chez une hémiplégique gauche ancienne, chez laquelle avait éclaté un état de mal épileptique généralisé, les auteurs ont noté, dans l'intervalle des crises, le phénomène de Magnus et de Kleyn du côté malade, ainsi que des myoclonies rythmées et synchrones dans certains territoires de la face et des membres. Ces constatations suggèrent l'intervention de perturbations mésencéphaliques, en dehors des phénomènes d'irritation corticale. En outre, comme M. Tournay l'a antérieurement montré, les auteurs ont noté la disparition temporaire du signe de Babinski préexistant, aussitôt après la première crise, avec retour à l'extension du réflexe cutané plantaire quelques minutes après.

Sur le rôle des altérations endocriniennes dans la pathogénie de l'épilepsie. — M. PARHON (de Bucarest).

Sur l'épilepsie essentielle dans ses rapports avec la constitution morphologique et avec le système végétatif. — MM. DRAGANESCO, AXENTE et BUTTER (de Bucarest).

Mécanisme de production des accès convulsifs provoqués par l'excitation du sinus carotidien chez l'homme. — MM. DANIELOPOLU, RADOVICI et ASLAU (de Bucarest),

Recherches expérimentales sur l'épilepsie sous-corticale. — MM. MARINESCO, SAGER et KREINDLER (de Bucarest) ont provoqué l'épilepsie sous-corticale par l'expérimentation sur le chat.

Accès épileptiques déclenchés par l'action des excitations optiques (rayons solaires). — MM. RADOVICI et GLUCKMANN (de Bucarest).

La pyrétothérapie de l'épilepsie. — MM. RODRIGUEZ ARIAS et PONS-BALMES (de Barcelone) ont vu la malariathérapie et la vaccination antityphique renforcer l'action des médications classiques anti-épileptiques.

***

A ces communications doit être joint l'exposé d'un des travaux du fonds Dejerine, dont le sujet se rapporte à l'étude des épilepsies.

L'épreuve de l'hyperpnée dans l'épilepsie. — MM. BAUDOUIN et SCHAEFFER font d'abord un exposé historique de la question. Les divers expérimentateurs ont eu un pourcentage très différent de succès, qui varie entre 5 et 55 p. 100, pour l'épreuve de l'hyperpnée. Cette variabilité de résultats ne peut dépendre, à leur avis, que de deux facteurs : 1° la diversité des malades utilisés ; 2° les variabilités de la technique employée.

Les auteurs se sont donc efforcés d'abord de choisir leurs malades : 30 épileptiques certains, qui n'avaient des crises ni trop rares ni trop fréquentes ; ils ont surtout réalisé une technique précise, dont on peut mesurer et graduer les effets. Ils estiment, en effet, qu'il convient d'employer non pas l'hyperpnée volontaire, dont il a été fait usage jusqu'à présent, mais une hyperpnée mécanique, faite au moyen d'un appareil qu'ils ont fait construire et qu'ils présentent. Cet appareil permet de faire varier à volonté : 1° le nombre des respirations par minute ; 2° la quantité d'air qui sert à la ventilation ; 3° le rapport des temps d'inspiraation et d'expiration.

Ils ont cherché, de plus, à avoir des tests précis d'efficacité de l'épreuve, dérivés des notions acquises par les physiologistes sur l'alcalose gazeuse. C'est ainsi qu'ils ont pu suivre, au cours de l'épreuve, le contenu en acide carbonique de l'air alvéolaire, mesurer avant et après l'épreuve la réserve alcaline, rechercher avant et après le *p*H des urines, doser de même l'acide carbonique dans les urines, qui mesure l'élimination des bicarbonates sous l'influence de l'hyperpnée. La recherche de la chronaxie mesure plutôt l'aptitude du sujet à faire de la tétanie que sa tendance convulsivante.

En se plaçant dans ces conditions, qu'ils croient les meilleures, ces auteurs n'ont pu provoquer des manifestations comitiales que dans 6 p. 100 des cas examinés. Ils n'ont pu mettre en évidence les modifications de réflexes signalées par M. Laruelle.

***

La Réunion neurologique internationale annuelle a en outre, entendu l'exposé des autres travaux du fonds

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dejerine qui était attribué à M. et Mme Sorrel-Dejerine de Paris ; à MM. Baudouin et Schaeffer, de Paris ; à M. Cornil, de Marseille) et du prix Charcot (M. Alajouanine).

Les paraplégies pottiques. — M. et Mme SORREL-DEJERINE montrent, par de nouveaux exemples, l'importance de la distinction anatomo-clinique qu'ils ont faite entre les paraplégies par abcès et les paraplégies par pachyméningite, mais ils ont constaté que la compression osseuse directe de la moelle est sans doute plus fréquente qu'ils ne l'avaient cru tout d'abord et qu'il n'est classique de l'admettre.

Les lésions médullaires, vérifiées dans 4 cas par l'examen histologique, ne sont pas d'ordre inflammatoire, mais ce sont des lésions d'atrophie ou de myélomalacie, d'origine vasculaire. Ces lésions restaient très nettes dans un cas où la paraplégie avait cliniquement guéri. Elles peuvent siéger dans le cordon antérieur alors que la compression s'exerce sur la face postérieure de la moelle.

La discussion des divers modes d'intervention directe (laminectomie, costo-transversectomie, ponction après repérage radiologique des abcès paravertébraux, ponction intrarachidienne par le trou de conjugaison selon la méthode de Calvet) dans les paraplégies, tant par abcès que par pachyméningite et même par compression osseuse, conduit à cette conclusion qu'aucune opération, aucune manœuvre, ne peuvent augmenter le pourcentage ni la rapidité des guérisons que l'on obtient par simple immobilisation en position correcte. Ce pourcentage de guérisons est de 80 p. 100. L'ostéosynthèse vertébrale, qui a été largement expérimentée par M. Sorrel, malgré ses gros avantages, dans le traitement du mal de Pott de l'adulte, paraît contre-indiquée par la paraplégie, à cause du risque des escarres.

La plupart des paraplégies pottiques guérissent heureusement d'elles-mêmes par l'immobilisation en bonne position. Mais celles qui ne guérissent pas ainsi sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes. — M. CORNIL (de Marseille) fonde son travail sur 124 cas examinés de tumeurs médullaires, sur lesquels 80 concernent des tumeurs primitives cliniquement diagnostiquées. Mettant à part les tumeurs d'origine mésenchymateuse, il s'efforce de répartir les divers types des tumeurs neuro-épithéliales — dont il montre des exemples en projection — dans une classification histologique. Il distingue 20 tumeurs de la lignée épendymaire (généralement intramédullaires), 19 gliomes périphériques, et 22 tumeurs méningo-arachnoïdiennes.

Les tumeurs de la lignée épendymaire peuvent être constituées d'éléments embryonnaires : épendymocytomes, épendymoblastomes et épendymogliomes, avec des types intermédiaires ; ou bien leur tissu peut être du type adulte : astrocytomes multifibrillaires, ou paucifibrillaires et fusiformes, ou à petites cellules ; oligodendrogliomes, qui peuvent s'associer à l'épendymocytome ; spongiocytomes et spongioblastomes multiformes.

Les gliomes périphériques, neurinomes ou schwannomes, constituent un type bien particulier de tumeurs développées sur les racines rachidiennes. Le rapporteur en décrit quatre types : le premier à éléments arrondis, le second à reticulum pseudo-myxomateux, le troisième à structure syncytiale, le quatrième qui est mêlé à de nombreux éléments conjonctifs. Il a observé un cas unique de tumeur développée aux dépens du ganglion rachidien.

Les tumeurs des méninges sont de type massif, nodulaire ou fasciculé, et contiennent presque toujours des corps psammomateux.

La polyomyélite antérieure subaiguë. — M. ALAJOUANINE a observé deux cas personnels anatomo-cliniques de cette affection, qui avait été décrite par Duchenne (de Boulogne) en 1862, et dont la notion avait été abandonnée par Vulpian et par P. Marie au moment du démembrement des atrophies spinales.

Ces deux cas personnels (dont un observé avec M. Souques), joints à un cas antérieur de Philippe et Cestan, et à un autre, plus récent, de MM. Baudouin, Schaeffer et Célice, permettent une description anatomo-clinique autonome de l'affection.

Il s'agit d'une paralysie amyotrophique pure, sans symptôme pyramidal, sensitif ni sphinctérien, qui débute tantôt par les membres inférieurs, tantôt par les membres supérieurs, qui se généralise aux quatre membres en huit ou dix mois, et qui se termine en quelques jours par un syndrome bulbaire à marche très rapide. Le liquide céphalo-rachidien paraît normal. Toute l'évolution se poursuit sans aucun signe infectieux.

Anatomiquement, les cellules des cornes antérieures sont atteintes de tigrolyse. Les lésions sont à la fois diffuses et parcellaires, beaucoup moins massives que dans la poliomyélite antérieure aiguë. Dans le bulbe, les lésions sont plus jeunes et plus discrètes. La réaction interstitielle est très modérée, de même que les altérations myéliniques.

L'injection d'émulsions de moelle cervicale chez un lapin a été suivie, après cinq à six mois, d'une amyotrophie progressive, qui a évolué vers un syndrome bulbaire. Mais l'affection n'a pu être réinoculée, les examens bactériologiques à l'ultramicroscope et les cultures sont restés négatifs.

Dans un troisième cas, l'évolution clinique avait été la même que dans les deux cas précédents, et l'autopsie a montré des lésions typiques de sclérose latérale amyotrophique. La question reste donc pendante de savoir quelles relations il y a entre cette affection et la poliomyélite antérieure subaiguë. Il y a lieu de discuter les relations avec la syphilis spinale amyotrophique qui s'accompagne de modifications du liquide céphalo-rachidien et avec certaines « névraxites périphériques » dont l'évolution est en général plutôt régressive.

J. MOUZON.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 février 1932.

Action hépato-biliaire du tamarin. — MM. G. Parturier, Xambeu, Fauque et Manceau signalent l'action cholérétique et calmante des voies biliaires du tamarin qui, à fortes doses, peut réveiller les douleurs des biliaires. Par coutre, donné en infusions légères, il les calme d'une façon très nette.

Traitement des vomissements de la grossesse (indications complémentaires). — MM. Gab. et Roland Leven mettent au point certains détails de leur traitement spécial des vomissements dont l'importance pourrait échapper à ceux qui ne connaissent qu'imparfaitement leur technique.

La méconnaissance de ces particularités cliniques et thérapeutiques conduit à des échecs qui se transforment immédiatement en succès, ainsi qu'ils le démontrent par des observations prises dans des services hospitaliers.

Entre autres choses, ils signalent la fréquence de l'hyperesthésie cutanée, trop souvent méconnue, car les malades l'ignorent, et qu'il faut rechercher. Cette hyperesthésie, à elle seule, fait obstacle parfois à la guérison, tout le reste du traitement étant bien conduit. Ils la combattent avec des injections intradermiques de 5 centicubes de novocaïne à 1 p. 50.

Ils indiquent encore la nécessité d'administrer par voie rectale ou par injections sous-cutanées les médications calmantes qu'ils emploient durant les premières heures ou les premiers jours, durant la période aiguë où l'intolérance est telle que les médicaments pris par la bouche sont rejetés.

Quelques idées nouvelles sur le diabète pancréatique du point de vue endocrinien. — M. Marcel Laemmer, après avoir exposé les dernières recherches du professeur Pedro Escudero sur l'élimination *lente* du pancréas chez le chien, et qui ont amené cet auteur aux deux affirmations suivantes :

1° L'annulation progressive du pancréas ne produisait pas le diabète comme ceci a eu lieu dans les expériences de Mering et de Minkowsky ;

2° Il existe un tissu vicariant des îlots de Langerhans c'est le tissu réticulo-endothélial, ce fait étant confirmé par la splénectomie.

De ces données nouvelles, Marcel Laemmer a pensé qu'il y avait une synergie « rate, pancréas et foie »; il pense que le traitement du diabète glycosurique est surtout un traitement polyglandulaire. Des recherches cliniques en cours semblent apporter leur appui à cette hypothèse : des extraits de rate pourront renforcer l'action de l'insuline et permettre à celle-ci de poursuivre longtemps son action habituellement temporaire. Peut-être que le diabétique est, dans une première période, passant inaperçue, un insuffisant « hépato-splénique », puis ensuite dans une seconde période devient un « insuffisant insulinique », révélé alors seulement par le syndrome diabète glycosurique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mai 1932.

Sur la prostatectomie hypogastrique. — Pour M. Le Fur, la suture partielle de la muqueuse vésicale au pourtour de la loge prostatique, après énucléation de l'adénome, suivant le procédé de Lichtenstern (de Vienne), est en principe une amélioration notable dans la technique de la prostatectomie. Cependant, il reste fidèle au tamponnement de la loge prostatique, auquel il associe la médication calcique pour lutter contre l'hémorragie. L'important est de bien préparer le malade avant l'opération (désinfection soigneuse de la prostate, de la vessie et des reins), de rendre au rein son fonctionnement à peu près normal, et de n'opérer que lorsque les conditions sont devenues favorables. L'auteur est arrivé ainsi à obtenir une mortalité d'à peine 5 p. 100 pour l'ensemble de ses prostatectomies hypogastriques. Il ajoute que chez les prostatiques pris tout à fait au début, notamment chez les prostatiques jeunes, le traitement local, qu'il préconise depuis plus de trente ans, donne des résultats très satisfaisants, ainsi que le forage de la prostate, suivant la méthode de Luys, pour certains cas spéciaux : rétrécissement du col, lobe médian, petits adénomes prostatiques.

Diverticule de la troisième portion du duodénum. Résection du diverticule. Guérison. — M. André Raiga fait un rapport sur un travail de M. A. Lefort (de Paris) concernant un diverticule gros comme un œuf de pigeon, implanté par une large base sur la troisième portion du duodénum. La malade en a souffert pendant trente-sept ans et a été guérie par la résection du diverticule avec une gastro-entérostomie complémentaire qui a été pratiquée à cause de la forme en V du duodénum et de la grosse dilatation du *genu inferius*. Le diagnostic précis en avait été posé radiologiquement.

Action de la ligature épididymo-testiculaire sur l'hypertrophie de la prostate (opération de Steinach n° 2). — M. Georges Luys a obtenu des améliorations notables par l'application de cette méthode dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate et cite plusieurs observations personnelles concluantes. Se basant sur les données connues d'anatomie pathologique et le processus de développement de l'adénome prostatique, il expose ensuite le mécanisme par lequel agit cette intervention. Il considère que si la ligature de l'épididyme peut diminuer le volume de la prostate, en favorisant la décongestion de cet organe, par contre, son action est tout à fait inopérante sur les blocs fibreux qui constituent l'adénome prostatique. C'est ici que le forage de la prostate, chargé de détruire toutes les masses adénomateuses, permet d'obtenir des succès thérapeutiques constants. En conséquence, l'association de ces deux opérations qui se complètent est tout à fait indiquée et permet de guérir l'immense majorité des hypertrophies prostatiques.

Péritonite par perforation en péritoine libre d'une tuberculose de l'intestin grêle. Guérison opératoire. — M. Le Gac. — Les péritonites généralisées par perforation en péritoine libre des tuberculoses intestinales sont une rareté. Dix-neuf cas, celui-ci compris, ont été publiés. Le traitement a consisté en un abouchement cutané du grêle au-dessus de la lésion, avec drainage large de la

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cavité péritonéale. Le malade était porteur de cinq lésions du grêle étagées depuis celle perforée jusqu'à l'iléon. L'auteur se propose de pratiquer ensuite une exclusion du grêle par l'iléo-transversotomie et de faire un traitement médical.

Un cas de carpe bossu. — MM. CARLE RŒDERER et VALENTIN CHARRY présentent un nouveau cas de cette malformation, signalée par M. Fiolle (de Marseille), avec un os de contexture normale et à contours nets.

Abcès du rein consécutif à un panaris de la gaine des fléchisseurs. — M. JACH MOCK communique l'observation d'une femme qui fit une septicémie après un panaris de la gaine. Au cours de cette septicémie, elle fit un abcès du rein traité par la néphrotomie, abcès unique à pus anthracoïde. L'auteur insiste sur la rareté et la gravité de pareils cas. Il préfère, dans ces cas, la néphrotomie à la néphrectomie d'urgence, quitte à faire ultérieurement une néphrectomie secondaire.

Maladie kystique de la cavité utérine avec fibromatose pariétale, polypose cervicale et ovarite scléro-kystique. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une femme, multipare, qui, au toucher vaginal, présente des polypes du col, un corps utérin gros, un ovaire gauche énorme. Hystérectomie subtotale. La cavité utérine, ouverte, est tapissée de petits kystes ; le myomètre est fibreux, épais ; l'ovaire gauche kystique. L'examen microscopique montre : 1° les vésicules kystiques de l'endomètre d'origine glandulaire ; 2° la fibromatose du muscle utérin ; 3° un des polypes est fibromateux, l'autre kystique ; 4° le kyste ovarien est d'origine lutéinique.

Les hiatus sacro-iliaques. — M. CARLE RŒDERER et M. GAUCHER (de Saint-Denis) montrent qu'il existe une coïncidence indiscutable entre les « hiatus sacro-iliaques » vus dans des radiographies et une certaine forme de lumbago tenace et à récidives. Tout se passe comme si la charnière sacro-iliaque n'était plus tenue que par une vis inférieure, les deux vis supérieures ayant lâché ; mais le sacrum, dans ce cas, n'a pas basculé. Les ailerons sacrés sont généralement élevés et la forme de la première sacrée doit tendre à l'extériorisation, à la lombalisation.

Il s'agit très probablement d'une anomalie congénitale prédisposant à un état d'élongation ligamentaire et d'arthrite qui se développe, même sans cause, un peu tard dans la vie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 20 juin 1932.

A propos du critérium de guérison de la blennorragie chronique chez la femme. — M. J. MARCEL (de Paris). — Il ne semble pas qu'il faille opposer à ce point de vue la blennorragie chronique de la femme à celle de l'homme. Si la première est certainement plus fréquente que la seconde, dans l'une comme dans l'autre nous n'avons pas de critérium de laboratoire qui puisse nous autoriser à affirmer la guérison. En effet, contrairement à ce que l'on pense, la spermoculture est, dans bien des cas, un moyen bien fallacieux.

Chez la femme, le meilleur critérium de guérison semble reposer : 1° *sur le traitement subi par la malade ;* 2° *sur le temps d'observation clinique et bactériologique après toute cessation de traitement.* Pour réaliser une thérapeutique sûre, il faut rappeler ce qu'est la blennorragie chronique de la femme : affection essentiellement localisée au niveau de l'urètre, du vagin, surtout du canal cervical, quelquefois même du rectum et en particulier de leurs glandes. Le diagnostic est une étude longue et minutieuse, après réactivation et préparation de la malade. Le meilleur traitement doit être donc un traitement localisé et portant sur les différentes niches possibles du gonocoque.

Le temps de mise en observation doit atteindre plusieurs mois ; il résulte de la confrontation des examens cliniques et bactériologiques *répétés* pratiqués au moment propice, par un laboratoire ayant du gonocoque une connaissance consommée. Il sera utile de lui adjoindre la gono-réaction, qui paraît donner des renseignements intéressants. La culture, par ses difficultés et ses risques techniques et ses obstacles matériels, est dans bien des cas moins recommandable que les examens directs réitérés.

En résumé, s'il n'y a pas de critérium scientifique certain de guérison de la blennorragie chronique chez la femme comme chez l'homme, comme dans la plupart des affections, il n'en reste pas moins certain qu'*en pratique il y a une guérison.*

Le traitement émanothérapique des affections gynécologiques. — M. P. GASQUET (de Paris). — En gynécologie, l'émanothérapie, grâce aux appareils Vaugeois (source solide et constante dans son débit, présentée à l'Académie des sciences par le professeur d'Arsonval), est rendue utilisable pour les praticiens. Traitement parfait de toutes les douleurs pelviennes, et merveilleux agent de stimulation des organes de défense, on peut l'employer avec un gaz vecteur, tel que l'oxygène, en douches vaginales sous-marines, combinées ou non au bain radio-actif, et aussi en injections sous-cutanées ou lavements. On peut l'utiliser en pulvérisations sur le vagin et l'utérus, avec des résultats étonnants.

La fécondité masculine (Note sur 66 examens de sperme). — M. JEAN DALSACE (de Paris). — Dans la stérilité primitive — à moins d'une lésion ou d'une malformation des organes génitaux de la femme, il faut examiner le sperme du mari avant d'entreprendre une thérapeutique gynécologique — l'infécondité absolue ou relative du mari est extrêmement fréquente. Sur 66 examens de sperme, l'auteur a trouvé dans 10 cas une azoospermie, dans 11 cas une oligospermie avec nécrospermie. Si l'on ajoute à ces cas tous ceux où une blennorragie a infecté les trompes, on est obligé de constater que le chiffre de 40 p. 100 donné par plusieurs auteurs n'exagère en rien la responsabilité du mari dans l'origine de la stérilité primitive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1932.

Mesure de la pression artérielle moyenne. — M. P. MÉNARD rappelle que la pression moyenne ne variant que dans de faibles limites, il convient d'effectuer cette mesure avec beaucoup de précision. Les manomètres métalliques ne peuvent pas servir pour cette mesure, parce que, même livrés exacts par le constructeur, ils se dérèglent très rapidement. L'auteur a imaginé et présenté, dès 1921, un manomètre à mercure inversable, sans bouchon

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

et sans robinet, à oscillations amorties, qui donne des chiffres exacts et permet de mesurer la pression moyenne.

Traitement de l'insomnie. — M. GRIMBERG montre l'efficacité comme caimant et tonique nerveux des bains à l'oxygène naissant. Ce dernier est obtenu par addition au bain de perborate de soude et d'un catalyseur.

Hémoptysies trachéales non tuberculeuses. — M. L. LEROUX signale que l'hémoptysie, en l'absence de preuve clinique ou radiologique de tuberculose, peut être due à de banales lésions de la muqueuse trachéo-bronchique, analogues aux lésions si fréquentes de l'épistaxis nasale. Seule, la bronchoscopie montre la lésion causale et permet la cautérisation thérapeutique. Son emploi habituel montrera la fréquence de ces lésions.

Notions nouvelles sur les hémoprotides. — M. LEMATTE explique pourquoi l'analyse des protéines du sang (qu'il nomme hémoprotides) n'a pas donné les résultats attendus en sémiologie. A l'avenir, il faudra tenir compte des nouvelles découvertes qui nous ont appris que le noyau azoté des protides est intimement lié aux métaux biotiques. L'analyse des hémoprotides ne sera vraiment utile que lorsqu'on saura analyser et doser les complexes (métaux, métalloïdes).

Dose dite d'excitation en radiothérapie. — Pour M. GUILBERT, les rayons sont essentiellement des agents de destruction, d'hystolyse. Le mécanisme de leur action, les recherches histologiques expérimentales faites après des applications de faibles doses, le démontrent. Les effets d'excitation fonctionnelle obtenus en thérapeutique avec les faibles doses sont des interprétations incomplètes des résultats. La transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes ne saurait donc être attribuable aux rayons X. Pour éviter, dans le cas de cancer latent, impossible à diagnostiquer, de diminuer la résistance organique au cancer avec des doses insuffisantes, il faudrait renoncer aux doses fractionnées, aux séances répétées.

Maladie sérique à forme typhoïde. Guérison rapide par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique. — M. BLECHMANN et Mlle LECOQ rapportent le cas d'une jeune enfant, sujette à l'urticaire et à l'acétonémie, atteinte de diphtérie deux mois après des oreillons graves compliqués de pancréatite.

Très rapidement, les injections de sérum purifié provoquèrent des réactions locales et générales intenses, avec aspect typhique et adynamie. Une hémoculture révéla la présence de paracolibacilles. Un traitement par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique amena la guérison en quatre jours.

A propos de la radiothérapie des fibromes. — M. LEHMANN signale la possibilité des radiummétrites tardives, survenant quelques années après une application de radium. Il préfère donc les rayons X au radium pour le traitement des fibromes et conseille d'opérer ces radiummétrites plutôt que de les irradier.

A propos des dolichocôlons. — M. SURMONT insiste sur les points suivants. Il déconseille la méthode des repas multiples ; préconise le complément de la radiographie par la radioscopie ; évite de préjuger du fonctionnement de l'organe d'après sa forme ; rappelle la fréquence et le caractère familial de l'affection ainsi que l'utilité de la stéréo-radiographie horizontale dans les cas complexes.

P. PROST.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 12 juillet 1932 (suite).

Nævus hyperkératosique verruqueux pigmentaire à disposition zoniforme. — MM. LESNÉ, CLÉMENT et BOQUIEN présentent un garçon de sept ans porteur d'un nævus hyperkératosique verruqueux et pigmentaire dont les traînées strictement unilatérales revêtent la distribution d'un zona double intercostal supérieur et fessier. Cette disposition met en évidence le rôle du système nerveux dans la topographie de certains nævi.

Hypertrichose pigmentaire en aires artificiellement provoquée. — MM. LESNÉ, R. CLÉMENT et PIERRE GUILLAIN présentent une fillette de douze ans qui porte à la partie supérieure de la face postérieure du thorax des aires arrondies nettement limitées au niveau desquelles la peau est pigmentée et recouverte de poils longs et fins. Ces zones sont presque symétriques et toutes semblables. Ces éléments auraient apparu il y a quelques mois à la suite d'applications de ventouses sèches. S'agit-il de l'extériorisation de nævi latents ou d'une hypertrichose provoquée d'origine endocrinienne au moment de la puberté, manifeste chez cette enfant ?

Transfusion sanguine et paludisme. — MM. NOBÉCOURT et LIÈGE rapportent un cas d'impaludation par transfusion sanguine : le donneur, qui avait séjourné aux colonies, n'avait jamais eu aucun symptôme de paludisme et l'examen de son sang ne montrait pas d'hématozoaires. La preuve de l'infestation fut fournie par les réactions de ferro et mélano-floculation pratiquées à l'Institut Pasteur.

Correction orthopédique des déformations rachitiques. — MM. RŒDERER et CHAVEY (de Toulon) sont d'avis de corriger les déformations rachitiques en pleine période d'évolution du rachitisme en se servant d'appareils plâtrés successifs, qui peuvent d'ailleurs être bivalves et succéder à des ostéoclasies ou à de simples redressements.

L'obliquité du cartilage dia-épiphysaire tibial est un symptôme de gravité.

Les auteurs ont eu des corrections rapides de coxa vara très importantes au moyen d'appareils plâtrés mettant les cuisses en grande abduction.

Diarrhée chronique avec œdèmes et oligurie chez un nourrisson. — M. RENÉ MATHIEU rapporte l'observation d'un nourrisson hypotrophique atteint de diarrhée chronique et d'œdèmes chez lequel ces manifestations ne faisaient que traduire un trouble important du métabolisme de l'eau.

L'opothérapie thyroïdienne et la théobromine ont, en quelques heures, amené une amélioration qui avait été vainement cherchée pendant des mois par des changements de régime.

M. RIBADEAU-DUMAS insiste sur l'importance de la diurèse chez l'enfant, notamment dans les syndromes diarrhéiques. La théobromine est le meilleur médicament à employer dans les cas d'oligurie.

ANDRÉ BOHN

NOUVELLES

Médecins, chirurgiens et spécialistes des hopitaux coloniaux. — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

ARTICLE PREMIER. — Le troisième alinéa de l'article 1er du décret du 22 août 1928, instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux spécialistes des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du service de santé colonial, est remplacé par le suivant :

« Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Défense nationale, les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours et les médecins commandants de l'armée active présents en France, ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie au moment du concours et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc, ou au Levant.

« Les dispositions ci-dessus entreront en vigueur à partir du 1er janvier 1933. »

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

ARTICLE PREMIER. — Le deuxième alinéa de l'article 10 du décret du 22 août 1928 fixant l'organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales est remplacé par le suivant :

« Les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie, et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant, sont seuls admis à concourir.

« La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée en principe à une période de cinq ans avec un minimum obligatoire de deux ans. »

Les présentes dispositions entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1933.

ART. 2. — Le premier alinéa de l'article 21 du décret du 22 août 1928 est remplacé par le suivant :

« Le concours de sortie est passé devant un jury spécial dont la composition est fixée par le ministre et qui est présidé par un médecin général inspecteur ou un médecin général des troupes coloniales. »

Assistant des hopitaux coloniaux. — *Instruction pour l'application du décret du 22 août 1928, modifié par le décret du 3 juin 1932, instituant un concours pour l'obtention du titre d'ssistant des hôpitaux coloniaux* (modificatif à l'instruction du 3 novembre 1928).

ARTICLE PREMIER, premier alinéa, au lieu de : « Les médecins capitaines ayant obtenu au concours le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux... », mettre : « Les médecins capitaines ayant été désignés après concours pour accomplir le stage d'assistant des hôpitaux coloniaux... ».

ART. 4, ajouter le paragraphe suivant :

« Ceux qui n'auront pas accompli la durée totale du stage fixé par décision ministérielle perdront tout droit au titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

ART. 5, 2e alinéa, ajouter : « La durée de ces stages hospitaliers sera égale, au total, au tiers du temps fixé pour le stage d'assistant ».

ART. 5, 4e alinéa, au lieu de : « Les assistants des hôpitaux coloniaux sont placés », mettre : « Les médecins désignés pour remplir les fonctions d'assistant sont placés ».

ART. 5, après le dernier alinéa, ajouter : « A la fin de chaque année de stage, il est établi par le ou les chefs de service, sous les ordres desquels les assistants ont été placés durant l'année, une feuille de notes techniques qui sera adressée au département, par la voie hiérarchique, sous le timbre de la direction des troupes coloniales (1er bureau). Les feuilles de notes établies au titre de la dernière année de stage devront spécifier si le candidat mérite de recevoir le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux ».

ART. 6, au lieu de : « Les assistants qui cessent leurs fonctions reçoivent », mettre : « Les assistants qui, après leur stage, ont acquis le titre d'assistants des hôpitaux coloniaux reçoivent ».

Chapitre II, paragraphe Clôture des opérations, alinéa 1er, première phrase, supprimer les mots : « Pour nomination ».

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — La modification suivante à l'annexe à l'instruction du 3 novembre 1928, sur l'organisation et le service intérieur de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, vient de paraître au *Journal officiel* (no du 19 août).

Titre 1er, art. 3, Composition et opérations générales du jury, premier alinéa, après : « ou le médecin général des troupes coloniales », supprimer : « chargé de l'inspection de l'école » et mettre : « désigné par le ministre ».

Titre II, art. 5, A. Epreuves écrites, alinéas 7, 8, 9, à supprimer et à remplacer par le texte suivant :

« Celui-ci, après avoir numéroté les compositions les en-têtes, détache les en-têtes imprimés et remet les copies au président de la section médicale ou chirurgicale. Ce dernier divise sa section en deux groupes de trois juges. Il charge chacun de ces groupes de la correction d'un des deux sujets de composition. Chaque copie est lue par chacun des trois juges qui établit, par numéro d'ordre des copies, une liste indiquant le nombre de points attribués à chaque composition en y joignant, sous une forme résumée, son appréciation motivée sur le fond et la forme. Les notes des juges ne seront pas inscrites sur les compositions, qui ne devront porter, d'autre part, aucune correction.

« Les notes sont totalisées et les moyennes établies dans une séance à laquelle assistent les trois juges. Le détail des notes, ainsi que les moyennes établies, sont insérés au procès-verbal.

« Toutes les copies pour lesquelles un écart de six points ou plus est relevé entre les notes données par les juges sont réservées pour être lues en une séance plénière réunissant tous les juges de la section. Le président fait lire la copie par l'un des juges et chaque juge donne une note nouvelle après explication et discussion sur la valeur de l'épreuve. »

Congrès d'hygiène méditerranéenne. — PROGRAMME DES RÉCEPTIONS ET VISITES. — *Mardi 20 septembre.* — 9 heures, Palais du Pharo : séance présidée par M. le ministre de l'Education nationale. — 9 h. 30, Séance solennelle d'ouverture du C. I. H. M. présidée par M. le ministre de la Santé publique. — 16 heures, Réception

NOUVELLES (*Suite*)

des Congressistes par M. le doyen Imbert, au Palais du Pharo.

Mercredi 21 septembre. — 16 heures, Réception à la Chambre de commerce. — 17 heures, Visite des ports. — 17 h. 30, Visite d'un navire des Messageries maritimes. — 21 heures, Réception du Président du Congrès (tenue de soirée).

Jeudi 22 septembre. — 17 heures, Visite du Parc salubre à coquillages du Pharo. Visite du Frioul (parc à coquillages, Lazaret), Château d'If. — 21 heures, Réception à la mairie.

Vendredi 23 septembre. — 16 heures, Visite à Aix (la ville, usine de destruction d'ordures ménagères). — Visite à la Ciotat (col de la Gineste, Cassis, La Ciotat).

Samedi 24 septembre. — 16 heures, Réception par le Comité de la Foire. Visite de la Foire. — 20 heures, Dîner de clôture (tenue de soirée).

Dimanche 25 septembre. — Excursions aux environs offertes aux Congressistes (voir page touristique ci-jointe).

Syndicat de l'industrie des sparadraps. — Afin de défendre l'industrie des sparadraps contre une concurrence étrangère, qui devient de plus en plus menaçante, il a été formé un Syndicat national de l'industrie française des sparadraps et tissus adhésifs, dont le siège social est établi 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris.

Le Conseil d'administration a la composition suivante :

Président : M. H. Huerre (Anciens Etablissement Vigier).

Vice-président : M. Desnoix (ancienne Maison Desnoix et Debuchy).

Secrétaire trésorier : M. Cavailles (Laboratoire Dr R. Cavailles).

Les maisons et sociétés ci-après, font partie du Syndicat :

	Produits.
BRUNEAU	Cutiplaste.
CAVAILLES	Coloplastre..
COQUELU....................	Coqluplast.
DESNOIX	Plastima.
FOURNIER....................	Sparaplast.
KRAUS.....................	Francoplast. ..... .
LE PERDRIEL...............	Sparadrap Le Perdriel.
PENNEL ET FLIPO...........	Dermoplaste.
ROBERT ET CARRIÈRE	Zédéno.
SAUTER	Sparablanc.
VIGIER.....................	Albuplast.

Clinique de la tuberculose. — Un cours de perfectionnement sur les actualités pthisiologiques sera fait du 26 septembre au 8 octobre, à l'hôpital Laennec et au dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau.

Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprendra des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

Programme des leçons. — 1. M. Léon Bernard : Evolution pathogénique de l'infection tuberculeuse chez l'homme. — 2. M. Valtis : L'ultra-virus tuberculeux. — 3. M. Paraf : Les formes initiales curables de la primo-infection tuberculeuse (tuberculose bénigne du nourrisson). — 4. M. Léon Bernard : Les localisations initiales des surinfections tuberculeuses (début de la tuberculose de l'adulte). — 5. M. Lamy : Le problème des granulies — 6. M. Lamy : Lymphogranulomatose et tuberculose. — 7. M. Marie : Le lipiodo-diagnostic. — 8. M. Pellissier : Diagnostic des suppurations non tuberculeuses du poumon. — 9. M. Triboulet : Le pneumothorax artificiel bilatéral. — 10. M. Triboulet : Les sections de brides au cours du pneumothorax artificiel. — 11. M. Poix : La phrénicectomie.— 12. M. Maurer : La thoracoplastie. — 13. M. Ch. Mayer : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — 14. M. Léon Bernard : La prémunition par le BCG.

Les travaux pratiques auront lieu, à la clinique, de 10 heures à midi. Les leçons auront lieu, à la salle des conférences de la clinique, chaque jour, à 17 heures. Le cours commencera le 26 septembre, à la clinique, à 10 heures.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 200 francs.

Travaux pratiques supplémentaires d'histologie. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des Travaux pratiques, du 6 au 19 octobre 1932. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 30 à 16 heures.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : Cytologie, tissus et organes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures jusqu'au 5 octobre 1932.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Pour l'installation des sanatoriums publics. — Dans son rapport présenté au nom de la Commission d'hygiène de la Chambre chargée d'examiner la proposition de loi de MM. Antoine Borrel et Jacquier concernant les formalités pour l'installation des sanatoriums publics, assimilés ou agréés, et pour le contrôle sanitaire des sanatoriums clandestins, M. Louis Bonnefous, député, émet l'avis qu'il y a lieu d'adopter les articles de ladite proposition de loi.

ARTICLE PREMIER. — Les sanatoria seront soumis à la législation des établissements insalubres.

ART. 2. — Aucun sanatorium public ou assimilé ne pourra être ouvert avant examen de l'emplacement par la commission technique siégeant au ministère de la Santé publique, et sans que les formalités suivantes aient été accomplies :

Enquête *de commodo et incommodo ;*

Avis du Conseil municipal ;

Avis de l'inspecteur départemental d'hygiène ou de l'autorité technique en tenant lieu ;

Avis du Conseil départemental d'hygiène ;

Avis du préfet.

Pour les sanatoria agréés, l'avis du maire de la commune mune de résidence du futur tenancier de l'établissement devra être joint au dossier avec extrait du casier judiciaire et tous renseignements sur sa moralité.

ART. 3. — Aucun sanatorium public, assimilé ou agréé, ne pourra être ouvert sur le territoire d'une commune précédemment érigée en station hydrominérale, climatique ou touristique.

ART. 4. — Tout sanatorium devra retenir dans son enceinte tous ses malades, pendant la durée entière de

NOUVELLES *(Suite)*

leur cure, et ne pourra être agréé qu'à la condition d'être entouré d'un enclos suffisant à cet effet.

ART. 5. — Les pupilles de la nation, les assujettis de la loi des pensions et les assistés appelés à bénéficier des stations de cure ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés, à l'exclusion de toute villa voisine, et ce n'est qu'à cette condition expresse que les départements pourront bénéficier des subventions que l'Etat réserve à ces catégories de malades.

ART. 6. — Un règlement sanitaire type élaboré par le Conseil supérieur d'hygiène, établissant le contrôle des hôtels et pensions de famille, organisant, notamment, la désinfection obligatoire après décès ou après départ des séjournants, sera appliqué sur arrêté commun du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Intérieur et du ministre du Tourisme, dans les localités recevant de façon habituelle des malades tuberculeux.

La décision ministérielle sera prise sur le vu d'un rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène, du préfet et du comité des inspecteurs généraux au ministère de l'Intérieur.

ART. 7. — Les ministres de l'Instérieur, de la Santé publique, du Tourisme, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application des précédentes dispositions.

Doctorat en médecine. — Le décret présidentiel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (numéro du 27 juillet 1932). Les articles 1er et 2 du décret du 3 février 1927 relatif à la session extraordinaire d'examens de doctorat en médecine de février-mars sont remplacés par les dispositions suivantes :

ARTICLE PREMIER. — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924 portant organisation des études et des épreuves en vue du grade de docteur en mé decine, modifié et complété par les décrets des 26 juillet 1925, 17 juillet 1926, 6 août 1927, 10 mars et 21 août 1928 et 26 février 1932, seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de février-mars, s'ils ont obtenu pour l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins six sur dix :

a. Les étudiants en médecine ajournés à une matière ou à plusieurs épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année ou aux épreuves pratique et théorique orales de pharmacologie du 4e examen de fin d'année, soit aux deux sessions de juin-juillet et d'ocsions ;

ART. 2. — Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte plusieurs épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'éta blissement de la moyenne prévue à l'article précédent.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

10 SEPTEMBRE. — *Rouen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

10 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* IXe Congrès international d'histoire de la médecine.

10 SEPTEMBRE. — *Tours.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

11 SEPTEMBRE. — *Poitiers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers.

11 SEPTEMBRE. — *Dijon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine de Dijon.

12 SEPTEMBRE. — *Milan.* IVe Cours international de perfe ctionnement pour médecins de la fondation Tomarkin, Locarno.

12 SEPTEMBRE. — *Amsterdam.* Congrès de médecine tropicale.

18 SEPTEMBRE. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes.

19 SEPTEMBRE. — *Vichy.* Congrès de la lithiase biliaire.

20 SEPTEMBRE. — *Marseille.* Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Gand.* Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

24 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux à l'Ecole de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès international d'histoire de la médecine.

30 SEPTEMBRE. — *Villes des Académies.* Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉTENUS ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

L'insouciance et l'imprévoyance des détenus dans leur travail obligatoire, faute du stimulant de l'intérêt personnel, sont passées en proverbe ; et parfois l'on se demande si la négligence de précautions élémentaires ne frise pas la mauvaise volonté, pour avoir un jour de congé, une heure de repos ou tout simplement pour se faire plaindre et se rendre intéressant. Dans les établissements affectés aux jeunes détenus, la légèreté et l'imprévoyance de leur âge viennent encore brocher sur le tout. D'où des accidents multiples, parfois très graves, obligeant à des soins médicaux ou des opérations chirurgicales, voire des plus délicates. Le service médical des prisons est généralement assuré par un médecin que désigne à l'avance l'Administration pénitentiaire. Mais telle circonstance peut amener le concours d'un autre médecin ; par exemple, le médecin en pied de la prison appelle en consultation un de ses confrères ou réclame le concours d'un spécialiste ; aux colonies, les prisonniers mis à la disposition de particuliers peuvent être blessés chez eux ; enfin, dans les établissements de patronage qui reçoivent les enfants envoyés en correction, les médecins de la localité sont appelés comme en d'autres écoles.

Qui paiera les honoraires du praticien, et, s'il y a lieu, ses fournitures pharmaceutiques ? Le blessé lui-même est évidemment insolvable ; quant à sa famille, il serait difficile, dans la plupart des cas, de la découvrir ; enfin nous supposons que l'Administration pénitentiaire ou le directeur de l'établissement ne s'engage pas à payer le médecin.

I

L'accident s'étant produit dans le travail de l'intéressé, tout naturellement on songe à invoquer la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, mettant tous frais médicaux et pharmaceutiques à la charge de l'employeur du blessé. S'il était possible de s'en prévaloir, tout deviendrait simple, le médecin ayant alors un recours contre l'Administration pénitentiaire ou la direction de l'établissement, si l'accident est survenu à l'intérieur de la prison ou de l'école pénitentiaire ; au cours d'un ouvrage effectué pour lui, contre le particulier employant le détenu, quand il est mis à sa disposition.

Mais il est plus que douteux que la loi précitée s'applique. Lorsque la victime travaille pour un particulier, celui-ci ne doit la garantie du risque professionnel que si le détenu lui est uni par un louage de service. Et quand l'accident se produit au service de l'État, celui-ci n'en répond que vis-à-vis des personnes engagées volontairement à l'exécution de ses ordres.

Au contraire, les détenus sont astreints, sauf cas très spéciaux, à l'obligation du travail. D'où la jurisprudence a déduit que la législation des accidents du travail ne leur profitait pas, non seulement quand ils travaillent directement pour l'Administration pénitentiaire (Trib. Reims, 3 nov. 1931. *Revue générale des Assurances terrestres*, 1932, p. 130), mais encore lorsque, mis à la disposition d'un particulier, , ils sont blessés au service de celui-ci (Trib. Tunis, 21 décembre 1927, p. 101).

Il en est ainsi alors même que, la nature de leur peine ne les assujettissant pas au travail, celui-ci est volontaire. Car aucun lien contractuel ne les rattache à l'entrepreneur du travail des prisons pour le compte duquel ils opèrent, étant restés étrangers au traité passé par cet entrepreneur avec l'État. D'ailleurs, si certaine rémunération leur est accordée pour stimuler leur zèle, c'est uniquement à titre de gratification, non de salaire. comme son chiffre minime suffirait à le prouver (Trib. Rouen, 27 décembre 1901. *Rec. minist. Comm.*, II, p. 35 ; Trib. Lille, 4 décembre 1902 et Douai 9 mars 1903, *Ibid.*, III, p. 58 et 166).

Il en est de même des accidents survenus au cours du travail manuel dans les établissements charitables recueillant de jeunes détenus (Trib. Tours, 28 mars 1916. *Sirey* 1917-2, sup. 27) ou dans les écoles techniques de bienfaisance où ils sont placés par leur famille (Trib. Boulogne-sur-Mer, 26 juin 1914. *Sirey*, 1915-2, sup. 3).

Les commentateurs de la loi de 1898 se rangent à la même opinion (Sachet *Tr. législation sur les accidents du travail*, I, n° 199 et s. ; Capitant et Cache, *Précis de législation industrielle*, 2e éd., n° 366 ; A. Rouart, *Rev. gén. Assur. terr.*, 1932, p. 133. Cf. notre étude *De l'extension du risque professionnel*, *Bull. Acad. législ.*, 1917, p. 192).

Au cours de la discussion de la loi du 12 avril 1906, un amendement l'étendant aux prisonniers fut repoussé par le motif qu'il faudrait des règles spéciales pour calculer le salaire servant de base aux indemnités et sur la promesse qu'un projet serait déposé en ce sens. Déposé, en effet, ce projet n'est jamais venu en discussion. Le projet général de refonte de la loi du 9 avril 1898, voté par la Chambre en 1927, actuellement pendant devant le Sénat, n'en a pas repris la disposition. Si des considérations d'équité sont indiquées parfois en faveur de l'extension de cette loi aux détenus, certaines maisons centrales avec leur machinerie compliquée

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

constituant de véritables usines, on peut se demander si cette extension serait prudente, étant données les fraudes particulièrement à redouter avec une telle main-d'œuvre. Certains détenus tenteraient parfois de s'assurer des rentes à leur sortie de prison en provoquant l'accident. On a beaucoup ri à la Chambre d'une monumentale distraction d'un parlementaire philanthrope s'écriant, au moment où l'on agitait ce sujet : « Il y a d'honnêtes gens partout ! »

II

Cependant le médecin n'est pourtant pas toujours dénué de tout recours. L'un lui est offert quelquefois par le droit commun, l'autre par l'organisation du travail des prisons.

A. — Aux termes de l'article 1384, § 5 du Code civil, les « instituteurs » répondent civilement envers les tiers des dommages causés par leurs « élèves » pendant qu'ils sont sous leur surveillance. On appelle « instituteurs », pour l'application de cette loi, toute personne chargée de façon permanente, à quelque titre que ce soit, de l'éducation et de la surveillance des enfants mineurs. Il en est ainsi notamment du directeur d'un établissement pénitentiaire privé, où les enfants reçoivent une instruction générale et professionnelle, proportionnée à leur âge, leur intelligence et leur bonne volonté (Trib. Bar-sur-Aube, 21 mai 1904, et Paris, 15 juin 1904. *Sirey* 1907-2-4), et de celui d'un établissement privé recevant de leurs parents des enfants vicieux, pour les corriger en les instruisant (Grenoble, 20 déc. 1901, *Sirey* 1906-2-125 ; Cass. Crim. 27 juin 1902, *Pand. fr.* 1903-1-520). Il en est ainsi, même quand le but de l'établissement est désintéressé (mêmes arrêts).

Si donc l'accident survient à l'un des jeunes détenus par le fait d'un des autres, la direction de l'établissement en est précuniairement responsable. La première des réparations dans un cas de blessure à autrui est de lui procurer les soins médicaux nécessaires. En appelant un médecin, la direction de l'établissement reconnaît sa dette et s'engage implicitement envers lui à payer ses honoraires. En admettant qu'il ne l'appelle pas, le médecin ayant soigné le blessé aurait, du chef de celui-ci, action en paiement contre ce directeur (art. 66, C. civ.).

Nous en dirions de même au cas où un détenu, mis au service d'un particulier, serait blessé par une autre personne travaillant avec lui pour le même patron. On invoquerait alors la responsabilité du commettant pour délit de ses préposés (art. 1384 C. civ.).

B. — D'autre part, souvent l'État impose à ses entrepreneurs, par des clauses du cahier des charges de leur marché, d'indemniser le personnel employé à son exécution, des accidents survenus dans leur travail.

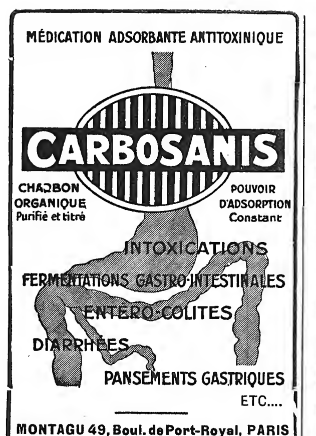
Depuis la loi du 18 juillet 1907, permettant à toute personne de substituer à sa responsabilité de droit commun la garantie du risque professionnel, dans les termes de la loi du 9 avril 1898, envers les agents travaillant pour son compte, l'État prescrit de plus en plus de stipuler son application dans les cas où le risque professionnel n'est pas couvert de plein droit.

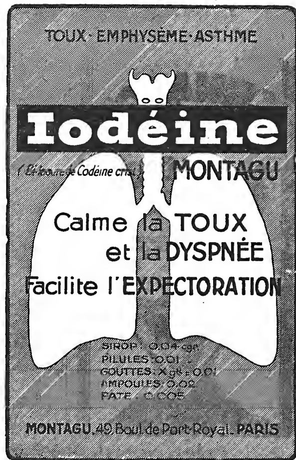
Dès avant la guerre une clause de ce genre était inscrite régulièrement dans les cahiers des charges des prisons militaires. La plupart du temps elle l'est aussi dans les cahiers des charges des prisons civiles (Voy. Cabonat, *De l'extension du risque professionnel*, I, p. 136).

Dans ces conditions, la situation du médecin ayant opéré ou soigné le détenu devient très avantageuse et très simple : il a, vis-à-vis de l'entrepreneur du travail de la prison, les droits qu'il aurait vis-à-vis du patron d'un établissement privé en cas d'accident du travail.

D'autre part, des contrats d'assurance garantissant les enfants contre les accidents dont, pour une cause quelconque, ils seraient victimes sont le plus souvent passés par les établissements pénitentiaires privés recevant des enfants envoyés en correction ou placés par les parents pour leur redressement moral. Le médecin créancier du jeune malade aurait action contre l'assureur, débiteur de celui-ci.




MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
de Codéine crist.
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0.04 cgr
PILULES : 0.01
GOUTTES : X gtt = 0.01
AMPOULES : 0.02
PATE : 0.005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie

Le Dr Théodore Laty (de la Tour de Salvagny, Rhône). — Le Dr Philippe Kopp. — Le Dr Maurice Gaubert, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé subitement à l'âge de 25 ans. — Le Dr Vaugy (de Macon). — M. Léon Comar, l'un des dirigeants des laboratoires Comar, universellement connus du monde médical. Nous adressons à ses associés et à sa famille l'expression de notre douloureuse sympathie. — Madame veuve Pierre-Marie Pion, mère de M. le Dr Auguste Pion. — Le Dr Henri Vulliet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lausanne, il avait succédé au célèbre professeur César Roux. — Madame Zipfel, femme de M. le Dr Zipfel, vice-président de l'Association générale des médecins de France. — M. Albert Masfrand, pharmacien, officier de l'Instruction publique, père de M. le Dr Pierre Masfrand. — Le Dr Alphonse Delannoy, président du Syndicat des stomatologistes du Nord, décédé à Malo-les-Bains, victime d'un accident d'automobile.

Mariages

Mlle Marie-Magdeleine Bréhier, fille de M. le Dr Bréhier (de Château-Thierry), chevalier de la Légion d'honneur, décoré de la Croix de guerre, et M. Ghislain Bot, docteur en droit, juge suppléant au Tribunal civil de Saint-Nazaire. — Mlle Denise Hocquet, fille de M. le Dr Adrien Hocquet, et M. André Prieux.

Fiançailles

Mlle Madeleine Guersant et M. le Dr Edouard Stoclet.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris. — Ce concours aura lieu le mercredi 7 décembre 1932 à 9 heures 1/2 au Parc des Expositions (porte de Versailles, Paris 15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours, sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du mercredi 26 octobre au mercrdi 23 novembre inclus.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration.

Les candidats doivent produire : un certificat d'inscription, un acte de naissance, un certificat de revaccination antivariolique de date récente, un certificat de vaccination antityphoïdique de date récente, un extrait du casier judiciaire de moins de trois mois.

Faculté de médecine de Montpellier

M. le Dr Jean Cabanac est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Hôpitaux de Montpellier

Inauguration du pavillon de l'internat à l'hôpital suburbain. — Récemment a été inauguré au cours d'une réception intime le nouveau pavillon de l'internat de l'hôpital suburbain. C'est l'ancienne villa Fournier désaffectée qui est devenue la demeure commune des internes de cette formation hospitalière.

La villa Fournier, dont la situation au milieu d'un parc est excellente, a été aménagée d'une façon simple, mais moderne, coquette et hygiénique par les soins bienveillants de la Commission administrative des hospices.

A cette fête intime d'inauguration, les internes

avaient convié les membres de la Commission administrative, les chefs de service et les principaux collaborateurs médicaux directs des services hospitaliers.

Des discours ont été prononcés par M. Anselme Martin, chef interne des hôpitaux de Montpellier; par M. Benjamin Milhaud, maire de Montpellier; par M. le médecin général Rouffiandis, directeur du service de santé de la 16e région.

Hôpital Renée Sabran, à Giens (Var)

Concours pour la nomination d'un médecin de l'hôpital Renée Sabran. — Le Conseil d'Administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 5 décembre 1932, à 8 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin qui aura le titre de médecin de l'hôpital Renée Sabran et qui sera chargé du traitement des enfants dans cet établissement situé à Giens, par Hyères (Var).

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant un jury médical présidé par un membre du Conseil d'Administration des hospices. Il comprendra cinq épreuves.

A la fin des épreuves, le Conseil d'administration nommera, s'il y a lieu, le médecin de l'hôpital Renée Sabran.

Conditions d'admission au concours. — Nul n'est admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français et docteur en médecine.

Les candidats devront :

1° Se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, bureau du personnel, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44; le registre d'inscription sera clos le samedi 26 novembre 1932, à 11 heures du matin; à partir du lundi 28 novembre 1932, l'entrée de tous les établissements de l'Administration est interdite aux candidats.

2° Déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine délivré dans une Faculté de France ou, s'ils sont naturalisés, l'autorisation spéciale exigée par l'article 4 de la loi du 18 ventôse, an XI, et s'ils ne demeurent pas à Lyon, un certificat de bonnes vie et mœurs récemment délivré par le maire de la commune où ils résident.

3° Justifier de deux ans de pratique comme docteur en médecine; cette justifiction, toutefois, n'est pas exigée des candidats qui auront été nommés internes des hôpitaux d'une ville siège d'une Faculté.

5° Déposer à l'Administration centrale leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine.

Service et indemnité. — Le candidat nommé sera tenu de faire au moins six visites par semaine à l'établissement et de s'y rendre, sur appel, chaque fois que la nécessité s'en fera sentir.

Le candidat nommé remplira les fonctions de médecin de l'hôpital Renée Sabran pendant une période de dix ans, qui pourra être renouvelée par le Conseil, après avis du Comité médico-chirurgical, jusqu'à une limite d'âge de 69 ans.

Il sera alloué à ce médecin :

1° Une indemnité de fonctions de 12.000 francs par an.

2° Une indemnité annuelle de logement de 8.000 francs. Cette indemnité sera supprimée au cas où le médecin viendrait à être logé à l'établissement

3° Une indemnité de quarante francs pour chaque visite et par jour pour frais de déplacement.

Le médecin nommé aura, en outre, le droit de prendre le repas de midi à l'établissement, à titre gratuit.

Les candidats classés au concours, à la suite du premier, pourront être chargés d'assurer les suppléances pendant les absences du médecin titulaire.

Hôpitaux de Brest

Un concours pour deux places d'internes titulaires en médecine et une place d'interne en chirurgie aura lieu le 13 octobre 1932, à 9 heures du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 3 octobre 1932 au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 bis, rue de Traverse.

Hôpitaux de Nîmes

M. le Dr Dufoix a été nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

Ecole de médecine navale

Concours pour l'emploi de prosecteur à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest. — Par modification à l'avis publié au *Journal officiel* du 28 février 1932, le concours pour l'emploi de prosecteur à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest aura lieu le 4 octobre 1932 au port de Toulon au lieu de Brest.

JURY D'EXAMEN. — *Président :* M. le directeur de la 3e région maritime.

Membres : MM. Coureaud, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes; Dupas, médecin de 1re classe chargé de cours « anatomie » à l'Ecole annexe de Toulon.

Membre suppléant : M. Barrat, médecin de 1re classe, médecin résident hôpital Sainte-Anne.

Sont autorisés à prendre part à ce concours, MM. les médecins de 1re classe Barge, en service à Brest, et Comby, du Courbet.

Ecole d'application du Service de santé des des troupes coloniales

La modification suivante à l'Instruction du 2 novembre 1928, relative au concours pour le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé colonial, vient de paraître au *Journal officiel* (n° du 19 août.

Titre IV. Chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée.

A. Epreuves. — *Epreuves définitives*, 4e épreuve (coefficient 4), après : « les dispositions seront les mêmes que pour la 3e épreuve », ajouter : « sauf en ce qui concerne la durée de l'exposé oral précédent l'épreuve qui sera fixée par le jury ».

Chaire de chimie, pharmacie, toxicologie. — La chaire de chimie, de pharmacie et de toxicologie est déclarée vacante à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1933.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'Ecole d'application des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er novembre au plus tard.

Service de santé de la marine

Les élèves du Service de santé de la marine dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, sont nommés à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire et sont affectés : MM. Arelas, à Rochefort ; Cros, à Bordeaux et Floch, à Lorient.

Médecins adjoints de la Préfecture de la Seine

Sont nommés en qualité de médecins adjoints : MM. Odinet, affecté à la 2e circonscription (3e, 4e, 10e et 11e arrondissements) ; Desforges, affecté à la 7e circonscription (15e arrondissement et communes annexes) ; Netter, affecté à la 9e circonscription (17e arrondissement et communes annexes).

Asiles d'aliénés

Le poste de médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est vacant par suite du départ de M. le Dr Schutzenberger, appelé à un autre poste.

M. le Dr Schutzenberger, médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Charité sur-Loire, est nommé médecin chef de service de l'asile d'aliénés du Mans.

M. le Dr Tarbouriech est nommé médecin chef de service de l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Picauville (Manche).

M. le Dr Menger est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon Sauveur de Bégard (Côtes-du-Nord).

M. le Dr Picard est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval.

Légion d'honneur

Sont nommés :

Au grade d'officier : M. le Dr Henri Montlaur, chef de laboratoire à la Maternité de Paris.

Au grade de chevalier : M. Eugène Thuret, pharmacien, administrateur des hôpitaux du Hâvre.

Mérite maritime

Officier : MM. Pidancet, médecin sanitaire maritime, à Marseille ; Bouteiller, médecin chef de 1re classe.

Chevalier : MM. Lansezkour, médecin sanitaire maritime, au Hâvre ; Le Cann, médecin principal de la marine.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or. — M. Dupont, chirurgien des hôpitaux de Foix.

Médailles d'argent. — MM. le Dr Ribot, maire de Marseille ; le Pr Abadie ; le Dr Bousquet ; le Pr Chavannaz (de Bordeaux) ; les Drs Desruelles (de Saint-Ylie) ; Jacquinet (de Reims).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Clauda (de Carcassonne) ; Orsini (de Bastia) ; Giraud (des Andelys) ; Kuborn (d'Ivry-la-Bataille) ; Fourquet (de Bordeaux) ; Fromenty (de Tours) ; Jacquinet (de Reims) ; Cayet (de Thionville) ; Jung, Maret et Nieder (de Metz) ; Mlle Blankoff (de Zuidcoote) ; MM. Rigoll (de Zuidcoote) ; le Pr David (de Lille) ; les Drs Galand (d'Anzin) ; Besset (d'Echandelys) ; Cornet (de Clermont-Ferrand) ; Duche, Houde, Masson (d'Auxerre) ; Rollin (de Souk-el-Kémir, Tunisie).

Démonstrations techniques par M. le Dr Calot

A l'occasion du Congrès de chirurgie M. Calot (de Berck) fera le vendredi 7 octobre de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay une séance de démonstrations, avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Réduction de plusieurs luxations congénitales de la hanche ;

2° Les traitements des tuberculoses des os, articulations, ganglions (Adénites, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchi-épididymites, etc.). Supériorité des méthodes conservatrices (avec injections modificatrices et ponctions) sur les méthodes sanglantes ;

3° Pièces et documents originaux sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux français d'après guerre.

4° Pied bot et autres affections orthopédiques.

Moyens d'accès : tramways 14 et 20, descendre à l'arrêt : rue Jean Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

Congrès international d'oto-rhino-laryngologie

Ce Congrès, sous la présidence de M. le Pr Tapia,



DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

se réunit à Madrid du 27 au 30 septembre. Le secrétaire général est M. le Dr Fumagallo (2, rue Hermosilla à Madrid).

Rapports. — Le premier Congrès, tenu à Copenhague, a décidé de mettre à l'ordre du jour du IIe Congrès les questions suivantes :

a) *Otosclérose*; b) *Ozène*; c) *Sclérome*; et de nommer des Commissions internationales pour étudier chacun de ces sujets. Ces Commissions internationales ont été constituées sous la présidence des Drs Duel (de New-York), Costiniu (de Bucarest) et Belinoff (de Sofia).

Le Comité d'organisation de son côté a choisi les deux rapports suivants :

a) Etude de quelques problèmes du traitement endoscopique des voies aériennes et digestives;

b) Traitement des tumeurs malignes en O. R. L. par les radiations pénétrantes.

Les rapports mis à l'ordre du jour sont donc les suivants :

I. *Otosclérose.* — *a*) Anatomie pathologique de l'otosclérose : Otto Mayer, de Vienne (Autriche).

b) Aspect clinique de l'otosclérose : Fraser, d'Edimbourg (Ecosse).

c) Etudes réalisées en Amérique, du point de vue anatomique (embryologique), métabolique et pathogénique de l'otosclérose: Gordon Wilson, de Chicago.

II. *Ozène.* — *a*) Etiologie (hérédité, constitution, contagion). Pathogénie. Bactériologie : Leroux-Robert, de Paris (France); Costiniu, de Bucarest.

b) Traitement médical : Viggo Schmidt, de Copenhague (Danemark).

c) Traitement chirurgical : Lautenschlaeger, de Berlin (Allemagne).

d) Anatomie pathologique : Torrini, de Florence.

e) Recherches bactériologiques et pathologie expérimentale : Trimarchi, de Crémone, (Italie).

III. *Sclérome.* — Les résultats de l'enquête internationale en ce qui concerne le sclérome (géographie, statistique, épidémiologie) : Belinoff, de Sofia.

Anatomie patologique et expérimentale du sclérome : Szmurlo, de Wilna (Pologne) et Sercer, de Zagreb (Yougoslavie).

Bactériologie : Lasagna, de Parme (Italie)

Clinique et thérapeutique : Bourack, de Minsk.

Historique : Hajek, de Vienne (Autriche).

Législation internationale du sclérome : Barraud, de Lausanne (Suisse).

La lutte contre le rhinosclérome (prophylaxie) : Zalewsky, de Lwow (Pologne).

La guerre et le rhinosclérome : Poutschowsky, de Kiew (Russie, U. R. S. S.).

L'étiologie du rhinosclérome : H. Streit, de Köenigsberg (Allemagne).

Sérologie du sclérome : Neuber, de Debrecen.

IV. *Bronchoscopie et œsophagoscopie.* — *a*) Traitement endoscopique des suppurations trachéo-bronchiales : Chevalier-Jackson, de Philadelphie.

b) Traitement endoscopique des lésions inflammatoires (phlegmons, etc.) de l'œsophage et de son voisinage, dues aux corps étrangers : Von Eicken, de Berlin (Allemagne).

V. *Traitement des tumeurs malignes en O. R. L. par les radiations pénétrantes (rayons X, radium).* — *a)* Indications respectives des radiations et de la chirurgie : Hautant, de Paris (France).

b) Technique de l'emploi du radium et des rayons X : Ledoux, de Bruxelles (Belgique) et Sluys, de Bruxelles (Belgique).

c) Traitement du cancer de l'amygdale (par les radiations) : Lemaître, de Paris (France).

Le gérant : J.-B. BAILLIÈRE

VARIÉTÉS

UN MÉDECIN PERSE DU IXe SIÈCLE, D'ORIGINE CHRÉTIENNE ALI IBN RABBAN AT-TABARI

Par le Dr M. SCHACHTER (Bucarest)

Abu'l Hasan Ali Ibn Rabban at-Tabari est considéré comme un des médecins les plus connus de la période de développement de la culture musulmane. Des historiens de la médecine le considèrent comme étant juif, puis ensuite devenu musulman, et lui attribuent l'honneur d'avoir été le maître de ar-Razi ou Rhazès, le médecin le plus illustre produit par le monde musulman. Si cette dernière affirmation est historiquement à peine juste, la supposition de son origine juive est certainement fausse.

La preuve la plus certaine de son origine chrétienne est donnée par ce médecin lui-même, dans son livre intitulé : « Livre de la croyance et de la domination », où entre autres on trouve ces paroles : « Quand j'étais encore chrétien, je n'ai jamais cessé de commun accord avec mon oncle, savant chrétien, de dire que la facilité de parler n'était pas un signe de prophétie. »

Le professeur Horowitz (cité par M. Meyerhoff) dit que le titre de Rabban, que porte Ibn at-Tabari, n'est point d'origine juive mais, au contraire, d'origine syrio-chrétienne. Meyerhoff a montré que la confusion, en ce qui concerne son origine, a été commise par Ibn al-Qifti, qui a tiré sa conclusion sur la conviction que le mot « Rabban » n'était autre chose que le titre hébreu « Rabbin ». Quant à l'origine de ce titre, il l'avait hérité de son père qui passait pour un grand savant, non seulement comme médecin, mais encore comme philosophe, mathématicien, astronome et grand connaisseur de la langue et littérature hébraïques. On le désignait sous le nom de Rabban, c'est-à-dire notre savant, ou notre maître.

Les informations sur la vie de ce médecin sont très maigres, et de ses œuvres, il ne nous reste que peu de choses.

Récemment, on a édité en langue anglaise et pour la première fois, deux œuvres authentiques et très importantes de Ibn at-Tabari. C'est la seule source des faits que l'on connaisse d'Ibn at-Tabari. La première œuvre, sorte de travail apologétique, porte le titre de *Livre de la croyance et de la domination*, où l'auteur fait l'éloge de la religion musulmane, après avoir réfuté les vérités religieuses des juifs, chrétiens, zoroastres et brahmanes. Ce livre a été traduit en anglais par l'orientaliste A. Mingana, sous le titre de *Book of religion and empire*, édité à Manchester en 1922. Ce savant admet aussi l'origine chrétienne de Ibn at-Tabari.

Le deuxième livre, intitulé *Le paradis de la Sagesse*, en arabe *Firdaus al-Hikma*, est écrit en 850 de notre ère et fut dédié au même calife qui ayant converti à la nouvelle croyance le médecin en question. Cette œuvre médicale, écrite par le plus grand précurseur de Rhazès, a été éditée par l'arabiste indien Muhamad Zubair Siddiqi. La critique officielle a salué l'apparition de cette œuvre et en a reconnu l'authenticité. Ce livre porte le titre de *Firdaus al-Hikma, ou Paradise of Wisdom, of Ali b. Rabban at-Tabari, Edited by M. Z. Siddiqi*, 1928.

L'étude de M. Meyerhoff publiée dans la *Zeit. d. Deutsch. Morgen. Ges.*, 1932, et qui est le fil conducteur de notre travail, ajoute que cette grande œuvre (il s'agit du *Paradis*) contient une importante étude sur la vie de at-Tabari, mais, étant rédigée en langue arabe, elle n'est pas à la portée de tous les lecteurs.

Pour mieux caractériser la personnalité de Ibn at-Tabari, il faut dire quelques mots sur l'époque dans laquelle il a vécu. En 643, c'est-à-dire deux siècles après la fuite du prophète de la Mecque à Médine, les Arabes avaient conquis toute la Perse jusqu'à la province de Churassan. Un siècle plus tard, il y eut une révolte des troupes persanes, qui détrôna la domination des Arabes et des philo-Arabes et installa les Abassides, plus persanophiles que leurs prédécesseurs. Sous le dixième calife de cette dynastie, al-Mutawakkil, il se produisit une vive réaction contre les chrétiens, juifs, zoroastres et brahmanes. Sous l'influence des persécutions, beaucoup de chrétiens passèrent à la nouvelle croyance officielle. Ali Ibn at-Tabari était parmi ceux-ci.

Ali a toujours préféré la médecine, quoiqu'il ne négligea pas la philosophie et les autres sciences de son temps. De la médecine de son père, il nous rapporte peu de choses. Probablement que les ordonnances qu'il rapporte dans sa grande œuvre avaient servi à son père aussi. Ce dernier est né dans la ville de Merw, mais le lieu de naissance de Ibn at-Tabari est encore discuté. Pour Meyerhoff, ce dernier est né aussi à Merw, mais à l'âge de dix ans il quitta cette ville pour s'installer à Tabaristan (d'où la particule de son nom). Cette question n'a pas une grande importance, aussi nous passons à autre chose.

Comme tous les chrétiens de son temps, il possédait les langues syriaque et persane, mais il préférait la première. Il a écrit ses œuvres en langue arabe, qu'il avait apprise plus tard, et c'est grâce à la connaissance de cette langue qu'il a pu étudier les médecins et les philosophes arabes et grecs.

C'est sous le régime de al-Mutawakkil qu'Ali Ibn at-Tabari a atteint le maximum des honneurs.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Pendant la troisième année du règne de ce calife, il a terminé sa grande œuvre philosophique et médicale, le *Firdaus al-Hikma*, œuvre dédiée au Maître de la religion musulmane, c'est-à-dire au calife, qui l'a converti à la nouvelle croyance. C'est à cette occasion qu'il obtint le titre de *Abu'l Hasan* et celui non moins important de *Client du maître des Croyants*. Plus tard, sous l'influence du même calife, il a écrit son œuvre apologétique, le *Livre de la croyance et de la domination*, livre où il devait montrer à son maître sa fidélité envers la nouvelle croyance. C'était la mode de procéder de la façon, pour être sûr de la protection du calife.

De sa vie en particulier, on ignore à peu près tout. On sait seulement qu'à la Cour, il avait des relations avec deux savants chrétiens, Ibn Masawai et Hunain ibn Ishaq, qui étaient fort en honneur à la même Cour du calife.

Après ce court exposé, passons à l'analyse de ses œuvres.

La liste complète des œuvres se trouve dans l'introduction arabe de Siddiqi à son *Firdaus al-Hikma*. Elle comprend 40 livres. Pour Meyerhoff, qui a étudié soigneusement ces livres, toute la liste se réduit en réalité à 12 livres ayant un contenu spécial chacun (*Im ganzen reduziert sich die Liste auf* 12 *inhaltlich-verschiedene Schriften*). De ces livres, nous connaissons à ce moment : 1° *le Paradis de la Sagesse*, 2° *le Livre de la croyance et de la domination*, dont nous avons déjà parlé plus haut, et enfin 3° un livre sur l'hygiène. En lisant la liste des œuvres attribuées par Siddiqi à Ibn at-Tabari, on voit que la majorité se rapporte à des questions de théologie et morale, médecine, hygiène et thérapeutique. Il est intéressant de citer parmi les œuvres de at-Tabari un livre sur la magie et un autre sur l'utilité des médicaments. Le livre d'hygiène n'a pas été encore édité ; il existe encore comme manuscrit.

L'authenticité du *Livre de la croyance et de la domination* a été établie dans une étude faite par Margoulioth (cité par Meyerhoff) qui conclut de cette façon : « Les doutes en ce qui concerne la justesse et authenticité des œuvres de Ibn Rabban sont gratuits. Le Dr Siddiqi a par conséquent raison de les négliger (*The doubts which have been cast on the correctness of the aspiration of the work to Ibn Rabban appare to be quite gratuitous.*

VARIÉTÉS *(Suite)*

Dr Siddiqi in his editions of the Firdaus is therefore quite right to neglect them). Nous avons déjà dit que ce livre est une apologie de la religion musulmane ; aussi nous laissons de côté une analyse détaillée de cette œuvre.

Le Firdaus al-Hikma (*Paradis de la Sagesse*) est déjà mentionné dans les œuvres de L. Leclerc, *Histoire de la médecine arabe*, 1876, Paris, et de E.-G. Browne dans son *Aarabian Medicine*, Cambridge, 1921.

Voilà comment Meyerhoff divise le livre : Il contient 7 tomes, repartis en 30 sections ou 360 chapitres. Ce livre est une sorte d'encyclopédie où l'on trouve des connaissances très vastes de théologie, philosophie, de la nature, embryologie, physiologie, psychologie, hygiène, thérapeutique, diététique, médecine interne, climatologie, puis des connaissances de chirurgie, etc. La plus grande partie de ce livre est occupée de questions de médecine. Pour Meyerhoff, ce livre est plutôt une vaste œuvre littéraire que médicale proprement dite. En tout cas, il ne faut pas oublier que ce livre a été très connu et cité par toutes les autorités médicales du monde musulman. Rhazès, le grand médecin de la période de grandeur de la culture musulmane, cite souvent ce grand livre dans ses œuvres.

Les sources des connaissances de Ibn at-Tabari sont en premier lieu les auteurs grecs. Il cite en effet assez souvent Hippocrate, Archigènes, le juif-médecin Masargawaih, etc.

Dans le trentième chapitre du livre dont nous parlons, on trouve des notions sur la médecine indienne. Ceci a une importance très grande, car les auteurs arabes de plus tard ne nous ont transmis que des fragments incomplets concernant la médecine des Indiens. Ibn Rabban a le souci de dire que ses informations concernant cette médecine indienne proviennent des livres suivants : *Caraca*, *Susrata*, *Nidana*, et autres. Le fait qu'Ali ibn Tabari parle de médecine indienne, démontre que celle-ci était connue à la Cour du calife, au IXe siècle.

Meyerhoff soutient que l'influence de la médecine indienne sur la médecine arabe ne devient importante qu'après Rhazès, et grâce à ce grand médecin. Donc tout le système de Ibn Rabban at-Tabari est plutôt grec avec une faible influence indienne.

ÉCHOS

UNION FRANÇAISE DES ORGANISMES DE DOCUMENTATION

49, rue des Mathurins, Paris (VIIIe).

La constitution de l'Union Française des Organismes de Documentation a été réalisée le samedi 28 mai 1932 au cours d'une réunion tenue au ministère de l'Instruction publique, entre les directeurs des grandes bibliothèques des principaux centres de documentation existant en France.

L'U. F. O. D. a pour but :

De dresser l'inventaire des organismes français ayant pour objet la production et la répartition de la documentation concernant toutes les branches des connaissances humaines ;

De provoquer une coopération entre ces organismes ;

De coordonner leurs activités ;

De faciliter l'usage systématique de toutes les sources de la documentation ;

D'établir des relations avec les groupements étrangers poursuivant des buts analogues.

Elle se propose de former un lien permanent entre les organismes de documentation décidés à travailler en coopération.

Les organismes affiliés pourront ainsi se répartir entre eux le travail dans les divers domaines spécialisés de la documentation et s'efforcer de susciter les concours nécessaires pour couvrir le champ entier de la documentation.

L'U. F. O. D. étend son action à l'ensemble de la France, à ses colonies et à ses protectorats. Elle pourra y établir des centres secondaires maintenus régulièrement en liaison avec le centre national.

L'U. F. O. D. se compose de membres de droit, de membres titulaires et de membres adhérents. Elle ne groupe aucun individu mais seulement des centres de travail.

Peuvent être membres de droit les ministères, les administrations publiques, les établissements publics, les services d'État possédant un centre de documentation, un bureau d'informations, des collections ou des bibliothèques.

Peuvent être membres titulaires, outre les organismes ci-dessus désignés, les établissements d'utilité publique, les institutions privées, les associations, les syndicats, les coopératives et les autres collectivités possédant un centre de documentation, un bureau d'informations, des collections ou des bibliothèques.

Peuvent être exclusivement membres adhérents, mais sans voix délibérative, les sociétés civiles, les sociétés commerciales, les organisations ayant la même activité, inscrites au registre du commerce.

Son bureau est ainsi composé :

Président : M. Jean Gérard, administrateur de la Maison de la Chimie ; *vice-présidents* : MM. Julien Cain, administrateur général de la Bibliothèque nationale ; Joseph Dubois, directeur de l'Office de législation étrangère et de droit international au ministère de la Justice ; A. Portevin, président de la Société des ingénieurs civils de France ; M. Ulrich, député, président de la Société française des électriciens ; *secrétaire* : M. Boutillier du Retail, bibliothécaire au ministère du Commerce, chargé de la direction du Centre d'informations économiques ; *trésorier* : M. P. Rosemberg, directeur de l'Office central de l'acétylène et de la soudure autogène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

Séance du 17 juin 1932.

Autoplastie du vagin au moyen du skin-inlay. — M. Burian (Prague). — Dans trois cas d'aplasie complète du vagin, l'auteur a employé une greffe de peau totale moulée sur un porte-greffe, le tout enfoui dans une cavité préparée préalablement dans l'espace vésico-rectal.

Cicatrisation esthétique d'une vaste plaie frontale. — M. Castex (Châteauroux). — Exérèse et hémostase rapides d'une importante tumeur frontale avec le radio-bistouri, et bonne épidermisation de la plaie, les bourgeons de cicatrisation étant baignés constamment par un milieu isotonique colloïdal et légèrement antiseptique.

Histoire d'un nævus bleu. — M. Acquaviva (Paris). — A la suite de l'ablation chirurgicale d'un nævus bleu, de la région sous-orbitaire, il se produit une généralisation carcinomateuse mélanique qui enlève le malade neuf mois après l'intervention. Seules l'électrolyse ou la diathermo-coagulation doivent être employées dans la cure des nævi mélaniques, à l'exclusion de tout autre agent physique caustique, et de la chirurgie.

Traitement des plaies de la face par rapprochement sans suture. — M. Coudray (Paris). emploie des adhésifs de 2 centimètres de largeur qu'il replie sur eux-mêmes du côté collant au niveau d'un bord, de telle façon qu'ils présentent une surface collante et une surface non collante. Il en emploie deux et les applique de telle sorte que le bord libre de l'adhésif soit placé à 5 millimètres et parallèlement à la plaie, l'un en dessus, l'autre en dessous. Une aiguille suivie d'un fil pique les bords libres de ces adhésifs et l'on serre le fil jusqu'à ce que les deux lèvres de la plaie arrivent au contact. Procédé indolore, facile, rapide, n'ajoutant aucune plaie à celle existante.

Sur la correction des nez mal conformés. — M. Claoué (Paris). — En chirurgie esthétique, il ne faut pas seulement corriger la difformité principale, mais aussi les difformités secondaires. Seule cette conception permet d'éviter des désillusions aux opérés non seulement dans a correction des nez mal conformés, mais dans les opérations des rides, des paupières, des seins.

Les greffes muqueuses. Nouvelle technique avec présentation d'instrument. — (M. Dantrelle (Charleville), pour les réparations de muqueuses en chirurgie plastique, rejette la greffe de Thiersh employée jusqu'ici pour les grandes réparations. Il préconise la muqueuse buccale. La difficulté de prélèvement du greffon était un obstacle à son emploi. Il a fait construire un instrument et imaginé une technique qui permet de prélever d'énormes lambeaux réguliers et minces comme une feuille de papier. Désormais on peut envisager la réparation de grandes surfaces par une vraie muqueuse parfaitement souple et d'une vitalité extraordinaire.

De la douche filiforme de Salies-de-Béarn en chirurgie esthétique. — M. David (Salies-de-Béarn) démontre l'efficacité de la douche filiforme de Salies sur les cicatrices disgracieuses, douloureuses et chéloïdiennes, et insiste sur l'action sédative, assouplissante et décolorante de quelques pratiques thermales.

Le nez dévié et son traitement chirurgical. — M. Fruhwald (Vienne) expose très nettement son programme et indique qu'il préfère opérer sous anesthésie générale à l'éther plutôt que sous anesthésie locale.

Destruction esthétique d'un papillome géant du thorax par le galvano et la neige carbonique associés. — M. Peytoureau (Paris). — Trois mois après l'opération, il ne reste aucune cicatrice apparente.

Quelques points de technique opératoire plastique des kystes synoviaux. — (M. Max Leydier (de Paris) passe en revue les divers traitements. L'écrasement et la ponction du kyste étant aléatoires, seule l'extirpation à travers une incision minime permet les meilleurs résultats opératoires thérapeutiques et plastiques.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 juin 1932.

Cette séance, qui faisait suite à la Réunion neurologique internationale annuelle, a été consacrée exclusivement à des communications d'auteurs étrangers et de neurologistes de province.

Recherches anatomo-pathologiques sur un cas de soi-disant angiome calcifié des méninges démontré par la radiographie. — M. Knud Krabbe (de Copenhague) montre, par l'étude des lésions, que les calcifications siégeaient dans le parenchyme encéphalique, et non dans les méninges ou dans les vaisseaux, comme les radiographies auraient pu le faire penser.

Sur la surdité verbale pure (avec projections). — M. Van Mayendorf (de Leipzig) présente l'observation anatomo-clinique d'une femme de soixante-cinq ans atteinte de surdité verbale pure, et morte de pancréatite hémorragique. Les lésions consistaient en une atrophie limitée du lobe temporal et surtout de sa partie antérieure, du côté gauche. Le point de départ des lésions paraissait être sous-cortical. L'auteur rapproche son observation des cas antérieurs.

Les leucodystrophies familiales. Etude anatomo-clinique d'une famille atteinte de maladie de Schilder (avec projections). — MM. Ludo Van Bogaert (d'Anvers) et Ivan Bertrand (de Paris) présentent les observations d'un frère et d'une sœur, enfants d'alcooliques, chez lesquels les diagnostics les plus variés avaient été posés : maladie de Friedreich, chorée molle, choréo-athétose post-encéphalitique. L'affection déterminait, dans ses derniers stades, un état démentiel, avec quadriplégie spasmodique, cécité et surdité complètes. Les lésions étaient celles de la maladie de Schilder, mais les auteurs discutent le terme d' « encéphalite périaxile ». Il s'agit en effet plutôt d'une dystrophie des lipoïdes de la substance blanche, qui ne subissent pas leur évolution myélinique normale.

Myopathie et maladie de Dercum. — M. Paul Cossa (de Nice) a observé l'association, chez une même malade, d'une myopathie, à double localisation facio-scapulo-humérale et lombo-pelvienne, puis d'un syndrome de Dercum. Il discute l'hypothèse d'un syndrome double d'origine commune, mais inconnue, et celle d'une coexistence fortuite.

Une méthode facile et sûre pour l'imprégnation sur blocs de la névroglie protoplasmique (avec projections). — M. Lugaro (de Turin) décrit une méthode d'impré-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

gnation argentique nouvelle, qui montre les cellules de la macroglie, avec leurs globules paranucléaires, quelquefois l'oligodendroglie, mais non la microglie.

Paralysies oculo-motrices provoquées par la vaccination antityphique chez un malade atteint de sclérose en plaques. — M. Mussio-Fournier (de Montevideo) a vu cinq injections de vaccin antityphique provoquer successivement, chez ce même malade, une aggravation passagère, avec paralysie oculo-motrice.

Troubles nerveux de l'œdème de Quincke. — M. Mussio-Fournier (de Montevideo).

Considérations sur les résultats éloignés de la chirurgie et de la radiothérapie des tumeurs cérébrales. — M. Christophe (de Liége) rapporte cinq observations analogues : il s'agit de rémissions prolongées ou de guérisons apparentes, survenues spontanément ou après des trépanations simples, qui n'avaient permis de constater aucune tumeur ; qu'il s'agisse d'arachnoïdites enkystées ou de tumeurs à évolution lente bien tolérées, ces faits indiquent qu'il faut beaucoup de prudence dans l'interprétation des thérapeutiques qui auraient pu être employées éventuellement dans des cas semblables, et en particulier de la radiothérapie.

Le repérage ventriculaire. — M. Laruelle (de Bruxelles) réserve la ventriculographie, telle que la pratiquait Dandy, au neuro-chirurgien, et considère qu'elle doit rester une méthode d'exception. Il a cherché une méthode moins dangereuse d'exploration. Il a constaté que l'introduction par voie lombaire de 20 centimètres cubes, et même de quantités minimes d'air ne dépassant pas 5 centimètres cubes, parfois 2 centimètres cubes, permettent, à condition de prendre les clichés immédiatement, d'obtenir des images des ventricules. Mais il faut que les injections soient faites sur la table même de radiographie.

Si l'on n'obtient pas du premier coup une image satisfaisante, il n'y a aucun inconvénient à renouveler l'épreuve. La méthode peut s'appliquer à des malades de consultation, qui repartent immédiatement après. L'auteur l'a appliquée environ 300 fois. Elle a permis de reconnaître et de localiser des tumeurs qu'il était impossible de diagnostiquer par le simple examen clinique.

MM. Christophe (de Liége), Puusepp (de Tartu) ont pu constater les avantages de cette technique.

Comportement d'une réaction de l'urine dans l'épilepsie dite essentielle. — M. Donaggio (de Modène) a étudié une réaction chimique élective, qui apparaît dans les urines des épileptiques aussitôt après la crise.

Alcoolisation de la chaîne sympathique au niveau du ganglion étoilé dans les syndromes physiopathiques. — MM. Roasenda et Dogliotti (de Turin).

Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves manométriques du liquide céphalo-rachidien. — MM. Henri Roger, Yves Poursines et Joseph Alliez (de Marseille), en vue du diagnostic différentiel souvent difficile entre la sclérose en plaques et les arachnoïdites, ont étudié, dans la sclérose en plaques, les modifications de la tension du liquide céphalo-rachidien lombaire, que déterminent la compression jugulaire et la compression abdominale. La différence entre les deux niveaux liquidiens, avant et après compression jugulaire, est moins élevée que chez l'individu normal ; l'ascension et surtout la descente sont moins rapides. Ces épreuves se rapprochent à certains égards des blocages incomplets de certaines arachnoïdites kystiques. Par contre, la compression abdominale, à l'inverse de ce qui se produit dans l'arachnoïdite, ne détermine, dans la sclérose en plaques, qu'une élévation très discrète de la tension lombaire. Les auteurs se demandent s'il n'y a pas, plus souvent qu'on ne le croit, dans la sclérose en plaques, un processus d'arachnoïdite diffus et discret.

La polynévrite apiolique. — M. Henri Roger (de Marseille), à l'occasion d'un cas personnel et à l'aide de travaux récemment parus en Hollande, en Yougoslavie, en Allemagne, sur de véritables épidémies de polynévrites consécutives à l'ingestion d'apiol (absorbé dans un but abortif), précise les caractères de cette polynévrite : incubation d'une quinzaine de jours, localisation à peu près exclusive des troubles aux extrémités, caractère purement moteur, abolition des réflexes achilléens avec conservation des rotuliens, longue durée.

Comme l'ont montré les recherches de Van Itallie, ces polynévrites ne sont pas directement dues à l'apiol, mais à une falsification de l'apiol par l'éther triorthocrésylphosphorique. Ainsi elles s'apparentent aux accidents connus sous le nom de « gingerparalysis », paralysie due à la falsification de l'extrait de gingembre par le même corps, qui a sévi avec une grande intensité (15 000 cas) en 1930 aux Etats-Unis, et à la polynévrite due à la médication phosphocréosotique, dont l'auteur a déjà eu l'occasion de publier quelques cas personnels.

Le tonus postural de l'homme est, en partie, régi par des réflexes conditionnels. La rigidité de vigilance en dépend. — MM. J. Froment et B. Spindler montrent que l'homme normal, debout à l'angle d'une table très stable, le dos au vide, un bandeau sur les yeux, présente dans la règle une rigidité de vigilance inconsciente, que décèle le test du poignet. Le tonus postural est donc bien régi, chez l'homme, par des réflexes du type conditionnel.

L'insécurité statique, sans déséquilibre ni émotion, alerte inconsciemment la musculature posturale et exhausse parfois notablement le métabolisme d'un homme debout. — MM. J. Froment, R. Cuche et B. Spindler montrent que le métabolisme d'un homme debout est très différent suivant qu'il est debout, les yeux fermés, sur le sol ou à l'angle d'une table, le dos au vide. Dans ce dernier cas, ils ont observé, 4 fois sur 5, un taux dépassant de 9 à 20 p. 100 celui de la station debout sur le sol. Bien que l'équilibre soit le même dans les deux cas, l'insécurité a suffi pour alerter la musculature posturale, ce qui a notablement augmenté le travail de stabilisation.

Cordotomie pour crise gastrique tabétique. — M. Puusepp (de Tartu).

Cinq cas de syndrome de Guillain-Thaon. — MM. Nayrac et Lassure rapportent 5 cas (dont 4 avec autopsie) de syphilis diffuse du névraxe. Ce syndrome rare (il n'en existe guère qu'une dizaine d'observations publiées antérieurement) est un ensemble complexe de signes empruntés à la paralysie générale, à la myélite spécifique et au tabes. Anatomiquement, on trouve des lésions diffuses de méningo-encéphalite et de méningomyélite, mais les dégénérescences fasciculaires médullaires ne réalisent jamais dans sa pureté l'image du tabes. Le pronostic est sombre : la chimiothérapie est restée sans résul-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tat, et l'état des malades n'a pas permis de tenter l'impaludation.

Séance du 7 juillet 1932.

Atrophie optique et paralysies oculaires par méningite syphilitique chez un oxycéphale. — MM. Alajouanine et Maury présentent un oxycéphale, qui leur avait été adressé pour des paralysies oculaires et pour des troubles de la vue. La radiographie du crâne permettait de retrouver les stigmates habituels de l'oxycéphalie congénitale. Les paralysies oculaires (troisième paire gauche, sixième paire droite), l'atrophie optique auraient pu s'expliquer également par l'oxycéphalie. Mais cette interprétation n'était pas satisfaisante, car ces symptômes ne s'étaient développés, chez cet homme de cinquante-cinq ans, que tout récemment. La ponction lombaire montra les altérations du liquide céphalo-rachidien caractéristiques et permit de rattacher les troubles oculaires à une méningite syphilitique.

Syndrome de la queue de cheval chez une malade présentant un syndrome d'hypertension cranienne. — MM. Alajouanine, Maury et Ribadeau-Dumas présentent une jeune fille, chez laquelle s'est constitué, depuis deux ans, un syndrome d'hypertension cranienne : crises d'épilepsie de plus en plus fréquentes, paralysie faciale droite, légère atteinte de la sixième paire et atteinte globale du trijumeau du même côté, œdème papillaire qui reste stationnaire depuis trois mois. Or, depuis six mois, il existe, chez cette jeune fille, une incontinence d'urine complète, avec anesthésie en selle, qui témoigne d'une lésion de la queue de cheval. Plusieurs ponctions lombaires ont été faites. La première a montré un liquide normal. La deuxième a permis de constater une lymphocytose supérieure à 100 par millimètre cubes sans hypertension, sans hyperalbuminose, avec réaction de Bordet-Wassermann et réaction du benjoin colloïdal négatives ; les ponctions suivantes n'ont montré qu'une lymphocytose discrète. L'épreuve du lipiodo n'a montré aucun accrochage dans la région de la queue de cheval. Les auteurs discutent la nature infectieuse parasitaire, tuberculeuse ou néoplasique de l'affection

Syringomyélie à évolution rapide. Discussion du traitement.—MM. André-Thomas, H. Schaeffer et Jolly — Une jeune fille de dix-neuf ans voit s'installer en trois ans un syndrome clinique constitué de la manière suivante : des douleurs dans la nuque, qui irradient dans les épaules et dans les bras, une paraplégie spasmodique, une amyotrophie des membres supérieurs à type ectromélique prédominant à gauche, des troubles dissociés de la sensibilité intéressant les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs, des troubles vaso-moteurs et sudoraux, une scoliose, du nystagmus. Les auteurs insistent sur trois faits : 1° l'existence d'un blocage des espaces sous-arachnoïdiens, que montrent la dissociation albumino-cytologique, la positivité du signe de Stookey, l'égrenage du lipiodol ; 2° l'évolution rapide des accidents ; 3° l'échec du traitement radiothérapique, qui leur fait discuter l'opportunité d'une laminectomie et d'un drainage des cavités médullaires dans les espaces sous-arachnoïdiens.

M. Lhermitte pense qu'il s'agit plutôt d'un gliome plein que d'une cavité syringomyélique. L'échec de la radiothérapie est de règle en pareil cas.

M. Cl. Vincent estime l'intervention parfaitement légitime. La laminectomie exploratrice ne présente aucun danger, et doit toujours être pratiquée quand elle a quelque chance de pouvoir rendre service.

Méningiome suprasellaire avec ostéome sphénoïdal. Ablation totale. — MM. Cl. Vincent et H. Berdete présentent une malade opérée depuis deux mois d'un méningiome suprasellaire. Ils insistent, en particulier, sur le fait que la tumeur peut être enlevée en totalité, avec sa coque, grâce à l'emploi de la pince coagulante malgré son important développement frontal.

J. Mouzon.

REVUE DES CONGRÈS

IIe SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Vingt-trois *Assemblés départementales* de l'A. F. M. G. eurent lieu le 6 juin sur Maisons a cancer. Les cliniciens régionaux y apportèrent une masse de documents *inédits*, illustrés de cartes, mentionnant l'emplacement successif et domiciliaire des cas de cancer soignés au cours de leurs longues carrières. Ces documents groupés firent l'objet des débats du 3 juillet aux *assises nationales* de Paris.

A l'occasion de celles-ci, le professeur Paul Carnot, président de l'A. F. M. G., reçut ses collègues à l'Hôtel-Dieu et offrit la présidence des Assises à M. Charles Fiessinger (1re partie) et à M. le professeur Rathery (2e partie).

La discussion porta successivement sur les *zones à cancer*, les maisons à cancer, l'influence du sol, l'hérédité, la contagion.

Sur ces questions, des observations de foyers de village, de quartier, de rue, de hameau furent apportées par leurs témoins, les médecins de campagne de France, auxquels les présidents exprimèrent la reconnaissance de tous pour l'originalité et la qualité de leurs fécondes recherches.

La controverse sur ces faits donna lieu à une discussion extrêmement animée, dans laquelle intervinrent successivement MM. Paul Durand et Mariani (Eure-et-Loir) ; Hollier, Mauger et Charles Robert (Seine-et-Oise) ; Costes, Laroche et Queyroi (Dordogne) ; Duhamel (Lot-et-Garonne) ; Houssiau (Alpes-Maritimes) ; Chaton (Doubs) ; Piéchaud (Gironde) ; Chevrey et Marre (Loiret) ; Philippon (Finistère) ; Bourdinière (Ille-et-Vilaine) ; Barre (Vaucluse ; Eschbach (Cher) ; MM. le professeur Clerc, Charles Richet fils, Jean Cathala, Jules Renault, Lesné, Louste, Pironneau, Georges Richard, Henri Béclère et Pochon (Paris).

M. Henri Godlewski, secrétaire général, à la suite de ces importants débats, proposa les conclusions suivantes, qui furent adoptées unanimement :

Les membres de l'Assemblée française de médecine générale, réunis en Assises nationales, le 3 juillet 1932, estiment que :

Le cancer n'est pas uniformément réparti dans l'espace

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

et dans le temps. Il y a *des zones* à cancer et des zones qui en sont habituellement ou temporairement exemptes.

A la campagne, où le cancer est souvent plus fréquent qu'à la ville, on distingue en effet des agglomérations épargnées et d'autres très affectées. Les cas de cancer sont parfois groupés en certains points très limités, en foyers de village, de quartier, de rue, de place publique. Ces foyers apparaissent, durent des années ou seulement quelques mois, puis s'éteignent parfois longtemps.

Dans les villages où la population est stable, il n'est pas habituel, il n'est même pas fréquent d'observer deux cas dans la même maison à plusieurs années même de distance; trois cas et plus sont rares. Les cas sont au contraire successivement répartis en des maisons différentes, dans les localités où le cancer est le plus fréquent et comme s'il existait dans ces localités une cause prolongée de cancérisation.

Les cancers de l'appareil digestif sont les plus nombreux, surtout ceux de l'estomac; certaines régions sont tributaires de ceux-ci jusqu'à l'exclusivité. Par contre, il est d'autres régions, plus rares, où cette forme est exceptionnelle.

On ne trouve pas dans la répartition des cas d'influence géologique certaine.

L'influence de l'hérédité n'est pas évidente dans la majorité des cas, mais on ne peut la nier. Dans certaines familles, il semble exister des prédispositions familiales qui favorisent l'apparition du cancer.

Il n'est pas rapporté de cas convaincant de contagion directe par transmission d'homme à homme; cependant il est des observations cliniques qui par leur troublant réalisme suffisent à accentuer la nécessité de recherches ultérieures.

Malgré l'incertitude de la tranmissibilité du cancer, il y a lieu de se comporter comme s'il l'était et de conseiller, pour en préserver, l'application des règles d'hygiène ainsi que les mesures de préservation sanitaire publique.

NOUVELLES

Examen pour l'obtention du diplôme de visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose ou de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. — ARTICLE PREMIER. — Les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse, les infirmières d'hygiène sociale de l'enfance, dont les services continus ont débuté après le 19 février 1922 pour la tuberculose, après le 29 février 1923 pour l'enfance et ce jusqu'au 1er janvier 1929, sont autorisées à se présenter à un examen d'Etat leur permettant, en cas de succès, d'obtenir le diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

ART. 2. — Ces visiteuses devront déposer au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, un dossier comprenant les pièces ci-après désignées :

1° Un bulletin de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ;

3° Indication de leur état-civil et domicile actuel ;

4° Une lettre écrite par la candidate et demandant à bénéficier des avantages de cet examen ;

5° Les états de service détaillés avec date, lieu, certificats, diplômes, s'il y a lieu, et exposé de la situation actuelle.

ART. 3. — Les épreuves de ces examens sont celles définies à l'article 7 et à l'article 8 de l'arrêté en date du 15 juin 1926, étant entendu que l'examen du livret de scolarité sera remplacé par l'examen des états de services.

Des notes inférieures à 5, pour les épreuves pratiques, entrainent immédiatement l'éviction de la candidate.

Les questions écrites et orales posées au cours de cet examen doivent être simples et orientées vers l'activité pratique des visiteuses d'hygiène sociale de lutte antituberculeuse ou de visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Ces examens auront lieu au cours de 1933 et de 1934.

ART. 4. — Les sièges de ces examens seront situés à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Toulouse.

ART. 5. — Les demandes émanant d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale de lutte contre la tuberculose, de visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance tendant à obtenir l'équivalence du brevet de capacité professionnelle peuvent être déposées au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, pour être à nouveau examinées dans les conditions de jurisprudence établies par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, jusqu'au 31 décembre 1932.

Les demandes seront examinées et recevront satisfaction dans les conditions antérieures, soit pour le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier ou d'infirmière hospitalier, soit de visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose, soit de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

(*Décret du 30 juillet 1932, publié au Journal officiel le 1er septembre.*)

Société des médecins littérateurs et amis des lettres. — L'Académie française vient de décerner le prix Capuran, prix triennal destiné à récompenser la meilleure œuvre dramatique ou lyrique, à M. J. Giuliani, alias Germain Trézel, pour sa pièce : *La Tunique de Nessus.* Notre confrère est déjà titulaire du prix Archon-Despérouse décerné par la même Académie. La Société des médecins littérateurs vient de faire paraître une anthologie des médecins-poètes, contemporains, qui publie les œuvres d'une trentaine de confrères. D'autres, qui par suite de retards dans les envois n'ont pu y figurer, seront publiés dans une prochaine édition. Les confrères, désireux de se procurer le volume, sont priés de se hâter, le tirage en étant limité. S'adresser Dr Giuliani, 75, cours de la Liberté, Lyon. Mandat de 30 francs.

D'autre part, la Société organise un grand Congrès des médecins littérateurs et amis des lettres. Ce Congrès se tiendra à Lyon en septembre 1933 et comportera un programme des plus intéressants : visite de Lyon, des hôpitaux, notamment l'hôpital moderne de Grange-Blanche, de la nouvelle Faculté de médecine, excursions aux environs, représentation dramatique, séances d'études où sera traitée l'importante question de la nécessité des études littéraires et gréco-latines pour les futurs méde-

NOUVELLES *(Suite)*

cins. Les confrères, désireux d'y participer et d'y présenter des rapports, sont priés d'envoyer dès à présent leur adhésion de principe à M. Giuliani.

Résultats du concours de l'Univers médical. — Le jury du concours de l'*Univers médical*, réuni sous la présidence des Drs Foveau de Courmelles et Dartigues, a attribué, le 3 août, les trois voyages offerts comme prix aux lauréats.

Il s'agissait, pour les concurrents, de répondre aux questions suivantes : 1° Quel pays d'Europe désirez-vous visiter ? 2° Dans quelle ville de ce pays vous serait-il agréable de passer plus de vingt-quatre heures ? 3° Quelle sera l'époque du voyage et sa durée ? 4° Rédiger un texte publicitaire de 10 lignes maximum susceptible d'inciter vos confrères à prendre part au voyage qui vous intéresse.

Le concours-referendum était anonyme (le nom et l'adresse du concurrent, sous enveloppe, à part). Le dépouillement des réponses, fait par élimination donna la majorité à l'Italie (1re question), puis à Rome (2e question) et septembre, vingt-et-un jours (3e question). Il fut nécessaire d'attribuer des notes à la rédaction du texte publicitaire des trois gagnants pour attribution de leur place. Puis les noms furent révélés :

Le Dr Mme Lombart-Traverson, de Nantes, gagnait le premier prix (un voyage de vingt et un jours en Espagne).

Le Dr Georges Lévy, ancien interne des hôpitaux de Nancy, gagnait le second prix (une croisière de quinze jours en Méditerranée et Adriatique).

Le Dr M. Boutarel, 89, rue de Rennes, à Paris, reçut le troisième prix (un voyage de dix jours aux Iles Baléares.

Cours de vacances de gynécologie (Hôpital Broca; professeur : M. J.-L. Faure). — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques ; M. Peytavin et M. Saint-Pierre chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 19 septembre au 1er octobre 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 1er octobre 1932.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Diagnostic gynécologique. Hystérométrie. Ponction de Douglas. Biopsie. Injection de lipiodol.

2° Stérilité utérine et tubaire. Insufflation tubaire. Opérations pour stérilité.

3° Antéflexion. Rétroversion. Pessaires. Ligamentopexie. Latéro-déviation et grossesse angulaire.

4° Déchirure périnéale. Prolapsus génital. Périnéorraphie. Opération combinée. Prolapsus sénile. Cloisonnement du vagin.

5° Métrite du col. Filhos. Electrocoagulation. Amputation du col. Métrite du corps. Instillation. Curettage.

6° Salpingites. Vaccination. Hystérectomie subtotale. Pelvipéritonite. Colpotomie.

7° Salpingite tuberculeuse. Grossesse extra-utérine. Transfusion.

8° Avortements et accidents consécutifs. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale.

9° Ovarite scléro-kystique. Kystes de l'ovaire et complications. Tumeurs solides de l'ovaire.

10° Fibromes. Radium et rayons X. Myomectomie.

11° Cancer du corps. Biopsie endo-utérine et lipiodol. Hystérectomie totale. Cancer du sein.

12° Cancer du col. Curiethérapie. Hystérectomie totale large. Mikulicz.

Le droit à verser est de 250 francs.

Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie. — M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 19 septembre au 1er octobre 1932.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 heures et l'après-midi de 2 h. 30 à 5 heures.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes.

2° Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique.

3° Inflammations et ulcérations. Ovarites.

4° Tumeurs bénignes. Adénomes.

5° Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine. Diagnostic biologique de la grossesse par l'examen des urines.

6° Métrites et salpingites aiguës et chroniques.

7° Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires.

8° Kystes de l'ovaire. Papillomes.

9° Fibromes et sarcomes Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang.

10° Cancers du corps et autres cancers génitaux.

11° Cancers du col.

12° Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard. — RADIOLOGIE CLINIQUE DU TUBE DIGESTIF. — Un cours de radiologie clinique du tube digestif, œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle. côlon, rectum, voies biliaires, sera fait par le professeur Pierre Duval, assisté de MM. Jean Gatellier, agrégé ; J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault et Pierre Porcher.

Ce cours aura lieu chaque année à partir du deuxième lundi d'octobre. En 1932, il commencera le lundi 10 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin, à 9 h. 30, le soir, à 17 h. 30.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Lundi* 10 *octobre*. —

NOUVELLES *(Suite)*

9 h. 30, professeur P. Duval, M. Poreher : L'œsophage (l'œsophage normal, diverticulcs, dilatations, caucer, sténoses). — 17 h. 30, M. J.-Ch. Roux : L'estomac normal. Les ptoses gastriques et l'aérophagie. Les plis de la muqueuse.

Mardi 11 *octobre*. — 9 h. 30, professeur P. Duval : Les déformations de l'intestin par l'aéroeolie. Le volvulus de l'estomae. — 17 h. 30, M. Girault : L'uleère gastrique non sténosant. L'uleère de la petite eourbure.

Mercredi 12 *octobre*. — 9 h. 30, M. Girault : Le eaneer et les tumeurs de l'estomae. — 17 h. 30, M. Moutier : Les sténoses du pylore et les périgastrites.

Jeudi 13 *octobre*. — 9 h. 30, M. Béelère : L'estomac biloeulaire. Les eompressions de l'estomac en dehors de l'aérocolie. La hernie diaphragmatique. — 17 h. 30, M. Gatellier : L'estomae opéré (gastro-entérostomie, gastrectomie, etc.).

Vendredi 14 *octobre*. — 9 h. 30, M. Poreher : Le duodénum normal. Les ptoses et les eetopies du duodénum.— 17 h. 30, M. Moutier : L'uleère du bulbe et les divertieules.

Samedi 15 *octobre*. — 9 h. 30, M. J.-Ch. Roux : Les périduodénites bulbaires. Le duodénum dans la lithiase biliaire. — 17 h. 30, M. Gatellier : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Le duodénum opéré.

Lundi 17 *octobre*. — 9 h. 30, M. Poreher : Examen du grêle. Le grêle préeæeal. Les sténoses du grêle, L'invagination intestinale. — 17 h. 30, M. Béelère : Examen des voies biliaires.

Mardi 18 *octobre*. — 9 h. 30, M. Béclère : La lithiase biliaire. — 17 h. 30, M. Poreher : Le eôlon normal. Les ptoses et les eompressions du eôlon.

Mercredi 19 *octobre*. — 9 h. 30, M. Porcher : La stase eolique. Les dolicho et les mégacôlons. — 17 h. 30, M. Gatellier : La radiologie du cæco-eôlon droit (eôlon mobile, tumeurs cæcales, appendicites, les malgormations congénitales et aequises, volvulus du cæeum).

Jeudi 20 *octobre*. — 9 h. 30, M. Moutier : Les colites et les périeolites. La divertieulose sigmoïdienne. — 17 h. 30, M. Moutier : Les tumeurs du côlon.

Vendredi 21 *octobre*. — 9 h. 30 M. Gatellier : L'oeclusion intestinale : intestin grêle et gros intestin. La radiologie dans les perforations du tube digestif. Le côlon opéré.

Droit d'inseription : 200 franes. S'inscrire au secrétariat de la Faeulté de médeeine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Endoscopie gastrique. — MM. P. Porcher, radiologiste des hôpitaux, ehargé de la consultation de la gastro-photographie de la clinique, fera une série de dix conférences d'endoseopie gastrique, avec le eoncours de M. Fr. Moutier, MM. les agrégés Chailley-Bert et Leroux et M. Godard-Monod.

Ces eonférenees auront lieu tous les jours à l'hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, à 10 h. et à 17 h. 30. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (M. Fr. Moutier) et gastro-photographique (M. P. Porcher), de 11 à 12 heures, avec examens de malades.

Détail des conférences. — *Vendredi* 21 *octobre*, 21 h. 30, M. P. Porcher : Principes généraux des méthodes d'endoscopie : historique ; applications actuelles Morphologie normale de la muqueuse gastrique. Rapports entre la radiologie et les différentes méthodes ndoseopiques.

Samedi 22 *octobre*, 10 heures, M. Chailley-Bert : Physiologie motriee de l'estomac. Importance de la *muscularis mucosæ*. Modifieations apportées aux contraetions normales par les traumatismes internes et les agents médieamenteux.

Samedi 22 *octobre*, 17 h. 30, et *lundi* 24 *octobre*, 10 h., M. Moutier : Technique de la gastroscopie : appareillage et orientation dans l'estomae (avec fantôme), préparation du malade. Technique de l'endoseopie. Champs visuels : zones visibles, zones invisibles. Indieations et contre-indieations. Incidents.

Lundi 24 *octobre*, 17 h. 30, et *mardi* 25 *octobre*, 10 heures, M. P. Porcher : Technique de la gastro-photographie avee l'appareil de J. Heilpern : appareillage, montage de la chambre photographique, préparation du malade, prise de eliehés, loealisation des images par rapport aux parois gastriques. Incidents. Insueeès.

Mardi 25 *octobre*, 17 h. 30, M. Godard-Monod : Technique de la gastro-photographie avee l'appareil américain « le gastrophotor ».

Mercredi 26 *octobre*, 10 heures, M. P. Porcher : La photographie dans le gastroseope. Les perfectionnements à envisager en gastro-photographie.

Mercredi 26 *octobre*, 17 h. 30, M. R. Leroux : Anatomie pathologique mascroscopique des lésions de la muqueuse gastrique : gastrites, ulcères, eancers.

Jeudi 27 *octobre*, 10 heures et 17 h. 30, M. Fr. Moutier : Diagnostic gastroscopique : *a*) L'estomac normal ; morphologie, topographie, séerétion et mouvements (couleurs et plis) ; *b*) Eléments du diagnostie : modifications anatomiques, sécrétoires, motrices. Les hémorragies ; *c*) Etude analytique des anomalies endogastriques : 1° les gastristes ; 2° l'uleère et ses complications ; 3° le cancer ; 4° l'estomac opéré ; *d*) Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 28 *octobre*, 10 heures, M. P. Porcher : Interprétation des images gastro-photographiques : 1° La localisation des images dans l'estomae, « les zones interdites » ; 2° l'aspeet des lésions ; 3° les eauses d'erreurs dans la loealisation, dans l'interprétation des images (le mucus, les effets de réfraetion).

Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire au seerétariat de la Faculté de médecine (guiehet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou au laboratoire n° 1.

Cours complémentaire sur les maladies du cœur et des vaisseaux (service de M. le Dr Ch. Laubry). — Objet du cours. — 1° Séméiologie fonctionnelle et physique ; 2° questions à l'étude dans le service.

Ce eours, qui aura lieu du lundi 10 au samedi 22 oetobre 1932, se fera sous la direction de M. le Dr Ch. Laubry, chef de serviee, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Drs Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-assistant de l'hôpital Broussais ; Jean Walser, aneien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. Marchal, médecin des hôpitaux ; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. Jaubert, chef de laboratoire ; A. Van Bogaert et L. Matton, assistants étrangers ;

NOUVELLES *(Suite)*

R. Heim de Balsac, radiologiste du service ; P. Soulié, G. Poumeau-Delille, R. Degos, J. Antonelli, Mlle Brosse, J. Louvel, internes et anciens internes du service.

Tous les jours, à 16 heures, examen dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr Matton, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Cours pratiques d'histologie. — Cet enseignement spécial de la technique histologique élémentaire destiné aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique, sera donné sous la direction de M. Champy, professeur.

PROGRAMME. — Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Renker-Regaud-Alcool).

Méthodes d'inclusion : paraffine, celloïdine.

Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthodes de del Rio Hortega, coloration au Giemsa.

Colorations simples : Hématéine-éosine ; Weigert-Van Gieson-Curtis.

Colorations aux couleurs d'aniline. — Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. — Coloration des fibres élastiques.

Colorations cytologiques : Hématoxyline au fer ; coloation de Prenant.

Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi.

Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. — Méthode pour le glycogène.

Colorations vitales (Rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus).

Etude du sang : Hématimétrie, centrifugation, numération. — Coloration du sang.

Méthodes spéciales du système nerveux : Méthode de Golgi. — Méthodes de Cajal.

Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues.

Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. — Colorations spéciales de dissociations.

Méthode de nitratation. Ses diverses applications.

Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux.

Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases).

Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale.

Principe de la méthode des cultures de tissus. — Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier), de la Faculté de médecine, à partir du lundi 3 octobre jusqu'au 22 octobre 1932.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4).

Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — Sous la direction de M. le professeur Terrien, un cours de chirurgie oculaire sera fait à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Regaud, M. Velter, professeur agrégé, M. A.Terson et MM. Casteran, Veil, Renard, J. Blum et Dollfus, chefs de clinique.

Ce cours commencera le vendredi 21 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) ; il continuera les jours suivants et sera complet en douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques (à l'Ecole de médecine) ; démonstrations de diathermie, visite à l'Institut du radium.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, avant le 10 octobre, au secrétariat de la Faculté (guichet no 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine).

Chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédique (Hôpital des Enfants-Malades). — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques est fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du jeudi 15 septembre au lundi 3 octobre 1932, avec le concours de MM. Garnier, chef de clinique ; Leydet, chef de clinique adjoint ; Fèvre, Aurousseau, Huc, anciens chefs de clinique ; Saint-Girons, chef de laboratoire, d'après le programme suivant :

Tous les matins, à 9 h. 30 : présentation de malades au pavillon Molland ; visite dans les salles ; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard chargé de cours, commencera le mercredi 5 octobre, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — 1° *Mercredi 5 octobre* 1932 Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'inteprétation. Corps étrangers.

2° *Vendredi 7 octobre* : Appareil locomoteur : Os et articulations.

3° *Lundi 10 octobre* : Appareil locomoteur (*suite*).

4° *Mercredi 12 octobre* : Appareil digestif. Œsophage. Estomac.

5° *Vendredi 14 octobre* : Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon.

6° *Lundi 17 octobre* : Appareil digestif. Côlon (*suite*). Foie et voies biliaires.

7° *Mercredi 19 octobre* : Thorax. Appareil circulatoire, cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

NOUVELLES *(Suite)*

8° *Vendredi 21 octobre* : Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

9° *Lundi 24 octobre* : Appareil urinaire.

10° *Mercredi 26 octobre* : Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections, et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

18 SEPTEMBRE. — *Nantes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

19 SEPTEMBRE. — *Vichy.* Congrès de la lithiase biliaire.

20 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clôture du registre d'inscription pour le concours d'un médecin directeur stagiaire et de sept médecins assistants stagiaires pour les sanatoriums et préventoriums de l'Office public d'hygiène sociale.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens.

23 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Gand.* Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de chimie à l'École de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

27 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès international d'histoire de la médecine.

29 SEPTEMBRE. — *Francfort.* Cours de perfectionnement sur la technique des hôpitaux (29 septembre au 8 octobre).

30 SEPTEMBRE. — *Villes des Académies.* Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

1er OCTOBRE. — Ministère Défense nationale Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) : clôture des inscriptions pour le concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

1er OCTOBRE. — *Le Mans.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre pour la prise de la première inscription.

1er OCTOBRE. — *Chartres.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

1-2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Inscription des étudiants nouveau régime en vue des examens pour les ajournés.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre des consignations pour les examens de l'ancien régime.

3-4 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens à passer par des candidats ajournés à l'année scolaire précédente.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les examens de clinique (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Zagreb.* Congrès des sociétés tchécoslovaque et yougoslave d'orthopédie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les thèses (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (anatomie, chirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (bactériologie et hygiène).

3 OCTOBRE. — *Brest.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

4 OCTOBRE. — *Brest.* Concours pour la place de prosecteur à l'École de médecine navale de Brest.

OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de médecine.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai d'inscription pour le concours de clinicat obstétrical, de clinicat gynécologique, de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, de clinicat des maladies mentales, de clinicat oto-rhino-laryngologique.

6 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française de chirurgie réparatrice.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française d'orthopédie.

7-8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens de chirurgie dentaire à passer par les candidats ajournés.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscriptions pour les inscriptions du 1er et du 2e semestre d'études.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de médecine.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

VARIÉTÉS

COMPARAISON ENTRE LES CALENDRIERS

Par E. ACHELIS.

Le calendrier répondant le mieux aux besoins universels. — Lorsqu'il s'agit de choisir le calendrier répondant le mieux aux besoins universels, il y a lieu de considérer six points essentiels, à savoir : 1° l'année du calendrier devra être un multiple des semestres, ou des trimestres, ce qui assure l'équilibre nécessaire ; 2° le calendrier devra se conformer autant que possible à l'année avec ses quatre saisons ; 3° il devra être d'un système régulier et présenter, en même temps, une certaine souplesse — une certaine flexibilité dans le cadre de sa structure ; 4° il devra être perpétuel, de façon à stabiliser les jours fériés ; 5° il devra conserver l'ordre des jours de la semaine ; 6° la transition de l'ancien au nouveau calendrier devra se faire avec le moins de changements et le moins de confusion possible.

Le « projet suisse ». — Le « projet suisse », en faveur en Europe, et le calendrier mondial sont fondamentalement identiques, car ils égalisent les semestres et les trimestres, et fournissent tous deux un calendrier perpétuel. Seule la disposition des trimestres est différente. Le « projet suisse » ajoute un jour supplémentaire — le trente et unième — à la fin des mois trimestriels, mars, juin, septembre et décembre, tandis que dans le calendrier mondial, le trente et unième jour se trouve placé à la fin du premier mois de chaque trimestre, janvier, avril, juillet et octobre. Dans le « projet suisse », l'année commence le deuxième jour de la semaine, soit lundi, 1er janvier, au lieu du premier jour de la semaine, dimanche, de sorte que le premier et le quinze du mois tombent un lundi. Les deux jours intercalés — le jour de l'an et le jour bissextile — tombent entre le dimanche et le lundi, au lieu d'entre le samedi et le dimanche, comme dans le calendrier mondial. Dans les affaires, on prétend que c'est là un avantage ; mais, d'un autre côté, ces changements coupent, l'un comme l'autre, la semaine. Chaque date qui suit le 30 janvier doit être changée pour tomber sur un jour différent.

Mais le réel défaut du « projet suisse » réside dans le fait que le dernier mois de chaque trimestre comprend cinq samedis et cinq dimanches. Ceci constitue un désavantage marqué pour les affaires, étant donné que les samedis sont des jours demi-fériés, et qu'ils peuvent, avec le temps, devenir des jours entièrement fériés. Par contre, le calendrier mondial offre une division beaucoup plus rationnelle en attribuant les cinq dimanches au premier mois du trimestre, les cinq samedis, de leur côté, tombant le dernier mois du trimestre.

Dividendes et intérêts. — Les partisans du calendrier de treize mois reconnaissent l'exactitude astronomique de l'année et des jours, et ils prennent comme point de départ de leurs calculs, les cinquante-deux semaines qui forment l'année, et les divisent en treize mois de quatre semaines. Pour diviser leur année de treize mois en semestres et trimestres, ils sont obligés de se servir des unités les plus petites, c'est-à-dire des semaines, et non des mois. Mais cinquante-deux semaines, lorsqu'elles sont réparties entre treize mois, ne sauraient, en tant que mois, être divisées en semestres ou trimestres annuels égaux. D'après ce système, un trimestre contiendrait trois mois un quart (treize semaines), et un semestre six mois et demi (vingt-six semaines), et ainsi de suite. On se rendra tout de suite compte qu'avec cette méthode, les paiements trimestriels de dividendes et intérêts sont nécessairement irréguliers, les dates tombant, en effet, le 1er janvier, le 8 avril, le 15 sol, et le 22 septembre, tandis que les paiements semestriels tombent le 1er janvier et le 15 sol. Un projet de cette nature ne ferait qu'ajouter à la confusion du public, qui s'intéresse de plus en plus aux placements et aux affaires financières, et il est à se demander, aussi, si ce calendrier conviendrait aux comptables, employés, teneurs de livres, etc.

Le calendrier mondial, par contre, évite cette confusion due à la superposition et aux changements inutiles. En donnant à chaque trimestre trois mois, le premier comptant trente et un jours et les deux autres trente jours, l'année devient un multiple de semestres et de trimestres, et l'équilibre est maintenu. En égalisant ainsi les semestres et les trimestres, on diminuerait dans une large mesure les difficultés qu'on rencontre actuellement dans les entreprises commerciales et l'établissement des statistiques, et le travail s'en trouverait allégé. Sauf quatre exceptions (le premier mois de chaque trimestre), les dividendes et intérêts pourraient être versés comme par le passé, le premier et le quinze de chaque mois régulièrement.

Les jours où il est plus ou moins généralement d'usage de payer les dividendes, les intérêts et les taxes (le premier et le quinze de chaque mois), tomberaient toujours le dimanche, avec le calendrier fixe international, ce qui retarderait ou avancerait les paiements selon le cas. Dans ces conditions, la solution la plus simple serait d'effectuer ces paiements le lundi, le deux et le seize de chaque mois, ce qui causerait un retard d'un jour dans l'un et l'autre cas. Ceci s'étendrait à l'année entière et nécessiterait probablement le passage d'une loi. Il semble, par conséquent, plutôt

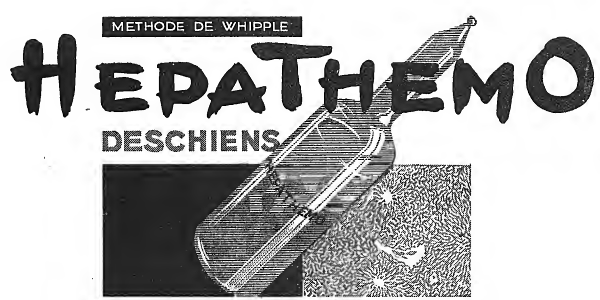
illogique, pour le monde de la finance, de se prononcer en faveur d'une année de treize mois, étant donnée l'évidence des défauts que présenterait un tel calendrier. Le calendrier mondial corrige ces lacunes dans une certaine mesure. Ce n'est que le premier mois de chaque trimestre, que les dates en question tombent un dimanche ; pendant les huit autres mois, elles tombent les jours de semaine, par exemple, le quinze des mois de mars, juin, septembre et décembre, dates fixées par le gouvernement des États-Unis pour le paiement de l'impôt sur le revenu, et qui tombent le vendredi, dans le calendrier mondial.

Le calendrier de treize mois augmente les frais généraux. — A moins de procéder à des transformations préalables de grande envergure, l'adoption du calendrier de treize mois aurait pour effet d'augmenter dans une proportion énorme les frais généraux. La fréquence avec laquelle se présente le nombre treize, dans les calculs et les comparaisons, nécessiterait un usage plus fréquent des fractions, étant donné que treize ne saurait être divisé en un nombre quelconque de parties entières égales. On voit immédiatement l'augmentation de frais qu'entraîneraient la délivrance de treize relevés mensuels de compte en banque, la préparation de treize comptes rendus mensuels par les comptables, la publication et l'achat de treize périodiques mensuels, l'envoi et le paiement de treize factures mensuelles, le paiement de treize primes mensuelles d'assurance, de treize salaires mensuels, etc. Un calendrier de treize mois présenterait peut-être un avantage pour les salariés payés au mois, mais il augmenterait en même temps le travail et les frais pour l'employeur, et ceci affecterait indirectement les salaires payés par lui. Les frais se trouveraient augmentés aussi pour les personnes qui paient leur propriétaire au mois, et qui se trouveraient recevoir treize quittances de loyer au lieu de douze. Tout le monde sait que le premier et le quinze de chaque mois sont des dates importantes où, le loyer venant à échéance, il faut payer son propriétaire. Dans le calendrier fixe international, ces dates tomberaient toujours le dimanche, ce qui avancerait ou reculerait les paiements, selon le cas. Tout ceci augmenterait le travail quotidien et mensuel et exigerait le passage de nombreuses nouvelles lois, dont l'application serait difficultueuse, pour éviter toutes pratiques malhonnêtes. A notre point de vue, ces nombreux changements entraîneraient une augmentation des dépenses de temps et de labeur, qui représenterait, au point de vue économique, un gaspillage plutôt qu'un gain. Dans le cas de grandes compagnies, ces difficultés peuvent être surmontées plus facilement que dans le cas des petits détaillants et petits commerçants ; mais qu'arrive-t-il au consommateur qui constitue le grand public ? N'est-ce pas lui qui est la victime du commerce ?

Dans leur ardent désir d'efficience et de normalisation, les partisans du calendrier fixe international provoqueraient certainement la plus grande confusion dans le monde financier. Par leur fait, le gouvernement, les compagnies et les particuliers éprouveraient de plus en plus de difficultés à faire face à leurs obligations, au point de vue des paiements, et de l'exécution de baux à long terme et de contrats, emprunts et hypothèques, sans courir le risque de graves litiges, susceptibles de durer pendant des années. Qu'on essaye de s'imaginer la complication qu'entraînerait une transformation de ce genre.

Par contre, avec le calendrier mondial, la transformation qui égalise et régularise l'année sans troubler la division en douze mois, occasionnerait moins de friction et d'ennuis, et tout ajustement nécessaire serait, comparativement, négligeable. Le paiement des salaires hebdomadaires demeure le même dans les deux calendriers, étant donné que dans chaque, l'année compte cinquante-deux semaines plus un jour. Ce fait ne saurait être ignoré, car le résultat net, à la fin de chaque trimestre, ou à la fin de toutes les treize semaines, demeure le même. Seule change la méthode de computation ; le calendrier fixe international se sert de la semaine et du mois de vingt-huit jours, tandis que le calendrier mondial conserve l'année avec ses deux semestres et ses trimestres égaux. Nous croyons que cette dernière méthode se révélerait plus avantageuse pour le monde des affaires.

Le calendrier fixe international est trop fixe. — Les partisans du calendrier de treize mois font ressortir qu'avec leur système, les jours, semaines et mois seraient fixes, d'un bout de l'année à l'autre. Le premier de chaque mois tomberait nécessairement un dimanche, le trois, un mardi, le treize un vendredi, le vingt-cinq un mercredi, et ainsi de suite. Aucun changement ou amélioration ne serait possible, si cette méthode entrait dans l'usage courant. Quelle effarante monotonie, si l'on ramenait le calendrier au niveau d'une routine aussi immuable et incolore ! Le contre-amiral Richard E. Byrd raconte, dans *Little America*, comment, par un système compliqué et ingénieux de tunnels et d'abris pratiqués dans la neige, il avait réussi à éviter à ses hommes l'ennui et la monotonie d'un séjour prolongé dans les glaces, et la dépression et le dégoût qu'ils entraînent. « L'ennemi le plus tenace et le plus insidieux des explorateurs qui ont à supporter la nuit polaire, dit-il, est la monotonie. C'est une chose,


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS

naturellement, que beaucoup d'entre nous connaissent, et endurent, du reste, même en pleins centres civilisés ; mais nulle part ailleurs on n'en souffre autant qu'au sein de la nuit polaire. » Ses hommes ressentaient de façon aiguë l'effet engourdissant de la monotonie et de l'uniformité.

Un calendrier est une chose vivante, palpitante, qui affecte tous les individus. Les relations qu'il a avec notre naissance, notre vie et notre mort — toutes nos associations et nos émotions — sont sacrées et ne sauraient être niées. Le calendrier, à notre avis, ne doit pas devenir un instrument rigidement mécanique, inventé spéciales ment pour être monopolisé par les commerçants et les statisticiens. Les hommes et les femmes ne sont point des machines, et ils ne permettront pas qu'on catalogue leur temps de cette manière. Rien, dans la nature, n'est aussi mortellement fixe, et la nature humaine suit l'ordre cosmique en refusant de se plier à des mesures aussi sèches et rigides. Il n'y a pas, dans toute l'étendue du ciel, de corps fixes, pas même le soleil ; planètes et étoiles se meuvent dans une sarabande incessante, et montrent, dans leurs mouvements, de curieuses variations, preuves de la liberté dont elles jouissent, au sein d'un vaste système ordonné.

Le calendrier mondial, par contre, présente, dans sa régularité même, ce soulagement qu'apporte la variabilité qui donne de la vie à la structure sur laquelle il repose. En permettant une saine diversité au sein des trimestres de l'année, diversité qui fait que les mêmes dates tombent sur des jours différents dans l'espace de trois mois, les douze mois ne se trouvent pas troublés et l'année ne change pas de forme. Cette variabilité offre un grand avantage sur la rigidité du calendrier fixe international.

Les avantages du calendrier mondial pour les femmes. — Les partisans du calendrier de treize mois prétendent que les femmes, en particulier, tireront profit de ce système, pour leurs comptes particuliers et les affaires de leur intérieur. Toutes leurs invitations, tous leurs rendez-vous pourront être fixés plus facilement et sans danger d'être oubliés. Mais le calendrier fixe international manque de cette variabilité dont nous parlions plus haut, et qui est une caractéristique particulière. Les femmes se conforment à la règle générale, mais elles ne sont pas plus « statiques » que les hommes. Le calendrier mondial, calendrier de douze mois revisé, offre une plus grande liberté et une plus grande équité, dans le cadre de sa régularité flexible.

Corrélation du calendrier civil et du calendrier solaire. — Pour arrêter un projet de revision du calendrier, il faut tenir compte des conditions astronomiques. Il est exact que la lune exerce un rôle important sur la terre, et nous fournit un moyen de mesurer le temps — le mois lunaire. D'autre part, la terre est un des corps célestes appelés planètes, dont le soleil est le centre et le luminaire. C'est le soleil qui règle les jours, l'année et les quatre saisons. De nombreuses nations dans l'antiquité se sont servies du mois lunaire pour leurs calendriers, et le mois lunaire commençait avec la nouvelle lune. Les difficultés surgirent lorsque l'homme chercha à mettre d'accord les phases de la lune et l'influence du soleil. Pour adapter l'année aux saisons et aux mois lunaires, les calendriers devinrent d'une complexité extrême ; certaines années comptaient treize mois, d'autres douze. Il est toujours difficile de servir deux maîtres à la fois, et dans ce cas, le soleil et la lune étaient tous deux employés pour le calcul du temps. La division spéciale de la semaine au sein de l'année est l'œuvre de l'homme, et elle a une importance pratique. L'homme ne se servit pas toujours de la semaine pour ses calculs ; et s'il le fit, la longueur des semaines différait au sein du mois ; les calendriers avaient des semaines de cinq jours, de dix jours, etc. Les Hébreux et les chrétiens avaient la semaine de sept jours, tandis que les Grecs ne connurent pas la division hebdomadaire des mois. Le mois, divisé en jours, était d'un usage plus courant que la subdivision en semaines, et ces divisions dépendaient, l'une comme l'autre, de l'année. L'année est l'unité importante sur laquelle doit être basé le calcul du temps. Lorsque le calendrier est employé pour une période de temps prolongée, l'homme ne parle plus de semaines, mais de millésimes, d'années, de mois, les années allant en s'allongeant pour devenir des siècles, des cycles, des ères, des éons, jusque dans l'inconnu du temps, que l'on compte à reculons, dans le passé nébuleux, ou en avant, dans l'avenir sans limites.

Les savants vous diront que l'influence du soleil est universelle et que, par ses radiations, il relie la terre aux autres planètes ; tandis que la lune a une action isolante, concentrée uniquement sur la terre et d'une puissance restreinte. Par conséquent, il serait erroné d'abandonner notre calendrier solaire actuel, pour adopter un calendrier lunaire plus ancien, ou pour un calendrier soli-lunaire. Ce serait une calamité mondiale, une erreur tragique et de portée cosmique, si les douze mois du calendrier étaient remplacés par une autre division quelconque du temps.

Reconnaissant les quatre saisons de l'année, si essentielles à l'agriculture et au bien-être de l'homme dans le monde entier, il serait préférable, dans la réforme du calendrier, de conserver le

VARIÉTÉS *(Suite)*

calendrier solaire actuel de douze mois. Ces douze mois constituent un arrangement arbitraire qui divise l'année conformément aux saisons, sans tenir aucun compte des phases de la lune. L'ancien calendrier Julien, le calendrier grégorien actuel et le calendrier mondial que nous proposons, sont tous des calendriers solaires. En divisant l'année de douze mois en quatre trimestres de trois mois chacun, ces trimestres égaux renfermant le même nombre de semaines et de jours, les parties de l'année résultantes se trouvent égalisées, et se conforment, comme elles le font à peu près à l'heure actuelle, avec le printemps, l'été, l'automne et l'hiver. Ce fait astronomique des quatre saisons — qui n'a pas été institué par l'homme — et l'importance vitale, de portée énorme, de l'influence du soleil sur notre terre et sur les autres planètes, ne doivent jamais être perdus de vue lorsqu'il s'agit de réformer le calendrier. Notre but est donc, autant que possible, d'établir une relation entre ces différentes mesures chronométriques : l'année, les saisons, les mois, les semaines et les jours, pour l'établissement d'un calendrier revisé. A ce point de vue, le calendrier mondial est une revision pratique et une réforme du calendrier, en conservant l'année de douze mois.

Les partisans enthousiastes des treize mois se concentrent avec trop d'exclusivité sur le côté affaires et statistiques, au point qu'ils en oublient les lois de l'univers. Ils tiennent peu compte des saisons dans leurs calculs. Le terme le plus juste que l'on puisse appliquer au calendrier fixe international, c'est celui de « calendrier industrialisé », et on ne peut s'empêcher de l'associer à un genre de pensée suivant cet ordre d'idées. En prenant la semaine comme l'unité principale de leurs calculs, ils regardent les choses par le mauvais bout du téléscope, réduisant ainsi le champ de leur vision. En prenant pour base l'année divisée en parties égales, on voit les choses par le bon bout de la lunette et l'on a une meilleure perspective concernant l'importance comparée des affaires et des événements mondiaux en général.

Les quatre points cardinaux — nord, est, sud, ouest — se conforment également à la division quaternaire du calendrier universel. Ces points cardinaux sont nécessaires, non seulement pour les voyageurs, mais aussi pour les conditions climatériques, qui sont affectées par la direction particulière dans laquelle souffle le vent. Il ne faut pas oublier non plus les douze signes du zodiaque dans le ciel étoilé, qui sont des facteurs importants dans l'étude de l'astrologie, et qui correspondent aux douze mois. On ne peut s'empêcher de considérer que tous ces faits cosmiques relèvent des mathématiques pures et que le traditionnel nombre douze présente une conformité remarquable avec leurs formules.

La significat.on des nombres. — On a soulevé la question des nombres, relativement à la réforme du calendrier. Si minime que soient nos connaissances de la science des nombres, leurs caractéristiques indubitables n'échappent à personne. Treize a toujours été considéré comme un nombre infortuné, probablement parce qu'il ne peut pas être divisé en parties égales et que, par conséquent, il manque d'équilibre et est incommode. Par contre, douze est équilibré. C'est le premier nombre composé qui puisse être divisé par deux, trois, quatre et six. Il est formé des trois nombres fondamentaux, un et deux, qui font trois, et, par le fait de cette suite normale, il est complet en lui-même. Il répond au rythme, et rayonne l'harmonie et l'unité. Ce n'est pas le cas pour le nombre treize. Il y a, en lui, une lacune entre le premier et le deuxième chiffre, dont le total donne le double du chiffre manquant, deux. C'est un nombre complexe dans sa composition, et il suggère le trouble, la confusion et l'embarras.

Au point de vue religieux, le nombre douze semble avoir une signification toute spéciale. Les premiers calendriers étaient basés sur le nombre douze, et les calendriers de douze mois ont persisté à travers les siècles. On aurait peine à ne voir là qu'une simple coïncidence, et les nombres ne sont pas, non plus, une invention de l'homme faite par hasard. Le grand Mahomet croyait à la signification divine du calendrier de douze mois, et il a appuyé sur ce fait dans le Coran ; le peuple hébreu était composé des douze tribus d'Israël ; les chrétiens ont reconnu, eux aussi, l'attirance particulière du nombre douze, et Jésus a eu douze disciples. Nous trouvons, dans la Bible, la relation de « cette grande cité... Et elle avait des murs grands et hauts, et douze portes... Trois portes à l'est ; trois portes au nord ; trois portes au sud ; trois portes à l'ouest. Et les murs de la cité avaient douze fondations... Et cette cité est quadrangulaire ». Les divisions de cette prophétie sont remarquables par leur ressemblance avec celles du calendrier mondial, et elles vous donnent à réfléchir. Et la Bible dit : « l'arbre de vie, qui portait douze genres de fruits, et portait des fruits chaque mois ; et les feuilles de l'arbre servaient à guérir les nations ». La vision de la vérité est souvent prophétique, mais elle est mal comprise et souvent ignorée. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une chose aussi importante que la réforme du calendrier, il ne faut laisser passer aucun détail sans le considérer et le peser avec soin.

D'autre part, les partisans du calendrier de treize mois nous montrent avec une joie exubé-

VARIETÉS (*Suite*)

rante les débuts de l'histoire des États-Unis, et déclarent : « Treize n'est pas un nombre infortuné ». Ils nous conjurent de ne pas nous inquiéter du vendredi ou du nombre treize. Il est possible que ce soit un simple hasard, ou un mobile divin insondable, qui a donné à l'Amérique, au début, treize colonies. Nous ne savons pas au juste. Pour commémorer ce fait historique, le drapeau américain porte treize bandes horizontales représentant ces treize États originels, et l'artiste qui a dessiné le sceau du gouvernement américain a dissimulé dans ses motifs de nombreux treize. Mais de nos jours, les États-Unis comptent quarante-huit États — quatre fois douze — ce que symbolisent les quarante-huit étoiles de leur drapeau. Au point de vue purement sentimental, l'Amérique, en tant que nation, doit, par conséquent, répondre avec plus de facilité à un calendrier de douze mois qu'à un calendrier de treize mois. En ce faisant, elle honorerait son passé au drapeau à treize bandes, et reconnaîtrait en même temps, comme il convient, son présent aux quarante-huit étoiles. L'histoire des États-Unis montre clairement que l'influence du treize portait en elle-même un sens d'imperfection — un commencement. Par conséquent, devons-nous adopter un calendrier incomplet, dont l'avenir soit aussi problématique ? Nous avons, à notre portée, un projet perfectionné, le calendrier mondial, dont la structure basée sur douze mois a survécu dans la suite des âges. N'est-ce point, pour nous, une garantie plus parfaite ?

Les changements de dates dans la réforme du calendrier. — Les partisans du calendrier fixe international ajouteraient à la confusion, dans leur réforme du calendrier, par les nombreux changements qu'il leur faudrait faire dans les dates pour mettre leur projet à exécution. Il leur serait nécessaire de répartir et redistribuer vingt-neuf jours. Chaque jour du calendrier se trouverait changé, sauf les vingt-huit premiers jours de janvier ; sur les trois cent soixante-cinq jours qui composent l'année commune, trois cent trente-sept se trouveraient déplacés et tomberaient sur de nouvelles dates. A notre avis, il est impossible, avec tant de changements, d'arriver à une simplification du calendrier. Pensez à toutes les dates historiques, à tous les anniversaires qui nous sont chers, et qu'il nous faudrait refondre dans de nouveaux moules !

Les changements de jours, dans le calendrier mondial, se bornent à sept. Ces jours sont les deux

VARIÉTÉS *(Suite)*

jours qui viennent s'ajouter à la fin de février, celui qui s'ajoute à la fin d'avril, et le dernier jour enlevé aux mois de mars, mai et août. Le septième, le 31 décembre, est appelé le jour de l'an, le double samedi qui relie l'année finie à la nouvelle. Dans le calendrier mondial, où le 1er janvier tombe toujours un dimanche, toutes les dates de janvier et de février, jusqu'au 28, conserveraient leur ancienne place. Dans le nouveau calendrier, il n'y aurait, du 28 février au 30 mars, qu'une différence de deux jours. Par exemple, le 28-30 février (nouveau) deviendrait le 1-2 mars (ancien) ; du 30 mars au 29 avril (nouveau), ou du 1er avril au 30 avril (ancien), il y aurait une différence d'un jour ; par exemple, le 1er avril (nouveau) deviendrait le 2 avril (ancien) ; du 30 avril au 30 mai (nouveau), ou du 1er mai au 1er juin (ancien), il y aurait une différence de deux jours ; par exemple le 30-31 avril (nouveau), serait le 1er-2 mai (ancien) ; du 30 mai au 1er septembre (nouveau), ou du 1er juin au 1er septembre (ancien), il y aurait une différence d'un jour ; par exemple, le 1er juin (nouveau) serait le 2 juin (ancien) ; du 1er septembre (nouveau et ancien) jusqu'à la fin de l'année, les dates resteraient les mêmes, dans le calendrier mondial, que dans le calendrier grégorien actuel. Le 31 décembre ancien serait changé, et deviendrait le « jour de l'an », ou le second 30 décembre, et il tomberait un double samedi. Par ce système, chaque année deviendrait une entité en elle-même, et elle commencerait régulièrement le premier jour de la semaine, le dimanche 1er janvier, jour de l'an nouveau.

Les dates comprises dans la période de six mois entre le 28 février et le 1er septembre, subiraient un changement d'un jour ou deux, et celles de la période des autres six mois, du 1er septembre au 28 février, conserveraient leur place actuelle. Les changements entraînés par ce projet, qui régularise et ajuste l'année de façon à permettre des comparaisons faciles, sans pour cela en détruire la structure fondamentale, ne bouleverseraient pas dans une grande mesure les archives historiques, les encyclopédies et les livres de classes. Les changements nécessaires se trouvent réduits au minimum (1).

(1) Exemples :
L'anniversaire du président Hoover (le 10 août) devient le 9 août dans le calendrier mondial.
L'anniversaire du roi Georges V (le 3 juin) devient le 2 juin dans le calendrier mondial.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Le commencement de l'année ne serait pas changé. — En étudiant la question de la réforme du calendrier, la Société des Nations a trouvé qu'il n'était pas sage de changer le commencement de l'année, et de le reporter du 1er janvier au 22 décembre, c'est-à-dire au solstice d'hiver. La différence entre le calendrier civil et le calendrier astronomique, ou calendrier solaire, est de neuf à dix jours, différence qui n'a pas été jugée suffisamment importante pour justifier la confusion inévitable qu'un tel changement apporterait dans notre monde.

L'anniversaire d'Abraham Lincoln (le 12 février) reste le 12 février dans le calendrier mondial.

L'anniversaire de Théodore Roosevelt (27 octobre) reste le 27 octobre dans le calendrier mondial.

REVUE DES REVUES

Les difficultés des traitements sédatifs de la ménopause.

Ce ne sont point les médicaments de la ménopause qui font défaut en thérapeutique. Il faut constater que la plupart d'entre eux sont assez actifs et que le malade éprouve à peu près toujours une réelle amélioration à la suite du traitement classique endocrinien.

Mais, ce traitement devant être poursuivi pendant des mois et des années, il est évident que le malade se lasse assez vite d'être injecté d'extraits ovariens, thyroïdiens, hypophysaires. Sans compter que ces injections ne sont pas toujours sans réaction ni sans danger.

La voie buccale peut être acceptée sans difficulté par le malade pour l'absorption des médicaments usuels, mais il faut être absolument assuré que cette médication *per os* sera aussi active que par la voie sous-cutanée.

Deux difficultés majeures se présentent ;

1° Le dosage des extraits ovariens en unités souris.

2° L'action proprement dite des éléments substitutifs de la carence ovarienne.

La première condition est assez facilement remplie par une expérimentation sérieuse, mais l'action des médicaments endocriniens de la ménopause n'est sûrement *activée* que par l'association de ces médicaments avec la *thyroxine*, à très faible dose il est vrai, presque homœopathique, mais *présence indispensable*. La *Basedowine* Gallier contient ce produit à dose extrêmement réduite, parfaitement inoffensive, et qui active nettement les autres composés endocriniens — ovaire, corps jaune, thyroïde. Sans *thyroxine, action douteuse* de n'importe quels médicaments endocriniens de la ménopause.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR SCHLOSSMANN

Un pédiatre allemand dont les travaux sont bien connus, le professeur Schlossmann, exerçant la médecine infantile à Dusseldorf depuis plus de vingt-cinq ans, vient de mourir à l'âge de soixante-quatre ans.

Né à Breslau, il avait fait ses études classiques à Dresde, puis il devint l'assistant de Baginski à Berlin. Il étudia particulièrement le rachitisme, sujet de sa thèse de doctorat. Chargé de l'enseignement de la pédiatrie à l'Académie de Dusseldorf, il s'était toujours intéressé aux questions d'hygiène infantile et dans tous les Congrès nationaux ou internationaux, auxquels il prenait une part active, on l'entendait traiter avec ardeur et compétence les questions de puériculture. Très au courant des travaux étrangers et particulièrement de la littérature médicale française, il avait publié, avec Max. Pfaundler, le grand traité en quatre volumes *Handbuch für Kinderheilkunde*», dont la quatrième édition est encore toute récente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 juillet 1932.

A propos de l'ablation des tumeurs du nerf acoustique. — MM. Clovis Vincent et François Thiébaut rappellent qu'il y a un an, le curettage des tumeurs de l'acoustique était le plus souvent une opération peu encourageante. Sans doute, la plupart du temps, l'intervention sauvait la vie du malade et sa vue ; mais, dans bien des cas, les fonctions cérébelleuses restaient compromises après l'opération. Parfois même, le malade était plus cérébelleux qu'avant l'acte chirurgical. Dès le mois de mars 1932, les auteurs avaient rapporté les observations de sujets opérés en 1931 par la technique classique, chez lesquels, dans plus de la moitié des cas, la vue avait été sauvegardée et les fonctions cérébelleuses conservées ou améliorées.

Depuis cette époque, grâce au maniement plus précis de l'électrocoagulation, grâce à l'ablation d'un fragment important du cervelet, ils ont pu enlever complètement ou presque complètement cinq tumeurs de l'acoustique. Les suites opératoires immédiates ont été simplifiées; les troubles cérébelleux secondaires n'ont pas existé ou ont été très réduits et peu durables. Six semaines après l'opération, ceux des opérés qui n'étaient pas aveugles ont repris une vie active.

Section du nerf acoustique gauche pour vertiges. Guérison. — MM. Clovis Vincent et J. Lemoyne présentent une femme de quarante ans, atteinte en 1920, à la suite d'une grippe, de surdité et de vertiges qui augmentaient d'année en année. En 1931 et au début de 1932, ceux-ci étaient tels, que la malade était devenue une infirme. Le 20 mai 1932, par un volet occipital unilatéral gauche, on pratiqua la section du nerf acoustique. Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain les vertiges avaient disparu. Ils ne se sont pas reproduits depuis lors.

Etude anatomique d'une méningo-encéphalite diffuse subaiguë non démyélinisante. — M. Ludo Van Bogaert rapporte le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, appartenant à une famille névropathique, qui développa, douze jours après une angine rouge, un syndrome de méningo-encéphalite aiguë avec diplopie et choréo-athétose. L'infection s'accompagna de leucocytose modérée avec lymphocytose. En quatre jours s'installa un syndrome cérébello-spasmodique avec participation de plusieurs nerfs craniens et hyperalbuminose légère du liquide céphalo-rachidien. Il y eut quelques troubles psychiques. Cette jeune fille mourut au bout de sept semaines avec des phénomènes bulbaires.

Les hémocultures et les épreuves d'agglutination n'ont pas décelé le germe en cause.

L'examen anatomique montre une hypertrophie considérable du système ganglionnaire, de la rate et du foie, une méningite non suppurée de la convexité cérébro-cérébelleuse à infiltration lympho-plasmocytaire, une encéphalite diffuse de la substance grise, avec infiltration périvasculaire et nodules gliaux, prédominant sur les noyaux gris centraux, le pont, le bulbe et la moelle. Les nerfs périphériques montrent une infiltration légère. La substance noire est intacte. L'image est celle d'une septicémie neurotrope, mais les recherches bactériologiques n'ont pu en montrer le germe et l'autopsie n'a pu en déterminer la source.

Etude anatomo-clinique d'une forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive. — La malade, objet des travaux de MM. Ludo Van Bogaert et Ivan Bertrand, a évolué, dans une première période de treize années, comme une atrophie cérébelleuse tardive de Thomas. Au bout de ce temps, la démarche devient spasmodique, et, en sept ans, se développe une paraplégie hypertonique et plastique. Au double signe de Babinski avec exaltation des réflexes tendineux, s'ajoute une hyperréflexie posturale nette, avec rigidité plastique. La maladie évolue en vingt ans. L'étude anatomique montre :

1° Une atrophie lamellaire extrême qui porte sur la face supérieure surtout, s'atténue vers les lobules digastriques, respecte le vermis, sauf le déclive, les amygdales et les floculus;

2° Une dégénérescence pseudo-hypertrophique des olives, qui prédomine sur les lames dorsales

3° Une dégénérescence des noyaux dentelés.

Ces deux dernières lésions sont esquissées dans certains cas de Marie, Foix et Alajouanine. Les auteurs rapportent à l'étendue et à la gravité de l'atrophie lamellaire la participation de l'appareil dento-olivaire et se demandent si ce n'est pas cette répercussion d'une exceptionnelle intensité, qui introduit dans le tableau classique la nuance hyperspasmodique.

Les syndromes cérébelleux des lésions frontales. — M. Delmas-Marsalet (de Bordeaux) relate d'importants travaux expérimentaux, qu'il a réalisés chez le chien. Il a détruit, chez 20 animaux, par électrolyse, le carrefour frontal antérieur, et il a suivi les troubles réalisés, principalement chez 4 de ces animaux, qui ont

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

survécu longtemps, l'un d'eux pendant six mois. Il a noté que les pattes du côté opposé ne présentent ni hémiplégie, ni troubles de la sensibilité, mais de l'hypotonicité, de l'ataxie et de la dysmétrie. Il existe une tendance giratoire de la marche vers le lobe lésé, mais pas de nystagmus. Le nystagmus rotatoire est aboli si la rotation se fait vers le côté de la lésion.

La lésion expérimentale d'autres régions du cerveau ne détermine aucun phénomène analogue. Par contre, la destruction du labyrinthe à la fraise par voie auriculaire, la lésion directe du cervelet provoquent les uns ou les autres de ces symptômes. Tout se passe comme si la lésion du carrefour frontal antérieur inhibait les fonctions du labyrinthe du même côté et celles du cervelet du côté opposé.

L'auteur étudie le trajet des voies fronto-cérébelleuses et fronto-labyrinthiques, dont l'existence se trouve ainsi mise en évidence.

Il retrouve les principaux éléments de ce syndrome cérébelleux labyrinthique chez deux blessés de guerre, touchés en F 1 et F 2, et qui présentent le syndrome de désorientation spaciale. Ces deux blessés, dans la marche, présentent une tendance au mouvement de manège du côté de la lésion, comme les chiens en expérience.

L'auteur se demande si le développement du lobe frontal chez l'homme n'est pas en rapport avec l'importance qu'ont acquise chez lui les fonctions de statique.

M. Barré croit que le lobe frontal joue un rôle plutôt dans l'orientation que dans l'équilibre.

Caractéristiques des troubles nerveux dans la thrombophlébite cérébrale. — MM. J.-A. Barré et Greyner (de Strasbourg) insistent sur les particularités cliniques qu'ils ont observées dans un cas de thrombo-phlébite cérébrale partielle d'origine puerpérale, et apportent des précisions au tableau neurologique de cette affection. Ils soulignent spécialement l'évolution progressive des troubles paralytiques, puis leur régression complète suivie de reprises entrecoupées elle-mêmes d'alternative d'aggravation et d'atténuation.

La somnolence, en particulier, peut disparaître brusquement, et faire place à une lucidité parfaite, ou s'accentuer au point que la malade paraît comateuse pendant des heures.

Ils montrent que les signes objectifs de la paralysie se transforment presque immédiatement selon l'état de somnolence, de veille ou de torpeur, et aussi suivant le décubitus (dorsal ou latéral). Ils croient possible le diagnostic de ce « complexe étiologico-clinique ».

Syndrome strié aigu d'agitation choréique du membre inférieur gauche avec fracture spontantée de la clavicule. Origine syphilitique probable. — MM. J. Tinel et M. Eck présentent une femme de quarante-six ans, qui est atteinte, depuis trois mois, d'un syndrome caractérisé par des algies thoraciques, puis par une choréo-athétose, et qui accuse une douleur persistante de l'épaule gauche. La radiographie permet de reconnaître une fracture spontanée de la clavicule gauche. D'autre part, il s'agit d'une ancienne syphilitique, dont le liquide céphalo-rachidien présente les stigmates de la méningite spécifique : forte lymphocytose, Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal positifs ; Bordet-Wassermann positif également dans le sang. Le traitement mercuriel semble avoir été plutôt néfaste ; l'urotropine et le salicylate, au contraire, ont amené une sédation. Les auteurs discutent l'origine syphilitique du syndrome ou l'existence d'une névraxite associée.

Contribution à l'étude clinique et étiologique de l'hémiatrophie faciale progressive. — M. P. Mollaret présente une malade chez laquelle a débuté, à l'âge de vingt-deux ans, une forme typique de maladie de Romberg, accompagnée d'un syndrome de Claude Bernard-Horner et d'un œdème papillaire homolatéraux. Aucune étiologie n'a pu être mise en évidence, et, pendant trois ans, le processus atrophique a régulièrement progressé malgré les traitements symptomatiques. En juillet 1930, un abcès dentaire révéla l'oubli d'une racine lors de la pose d'un bridge quelques mois avant le début de l'affection. L'ablation de cette racine et la guérison rapide de ce foyer infectieux latent ont paru entraîner l'arrêt du processus atrophique. Depuis deux ans, une régression incontestable de l'hémiatrophie peut même être affirmée. Une étude d'ensemble de cette affection est présentée à l'occasion de ce cas.

Un cas d'aphasie de Wernicke avec automatisme verbal. — M. Crouzon.

Deux cas de paraspasme facial bilatéral. — MM. O. Crouzon, S. Christophe et Mme Laquerrière présentent deux malades de soixante-trois et soixante-six ans, atteintes de paraspasme facial bilatéral. Chez l'une d'elles, la symptomatologie est celle d'un paraspasme typique au début (contraction bilatérale avec fermeture involontaire des yeux et mouvements convulsifs bilatéraux des autres muscles de la face). Chez la seconde malade, le désordre moteur s'est étendu en quelques années aux muscles de la face et du cou, et associe actuellement un spasme facial médian à un torticolis spasmodique typique. De tels faits montrent avec évidence les analogies de ces différentes affections convulsives, qui représentent des localisations différentes d'un trouble dyscinétique de même nature.

Sur les différentes variétés de narcolepsie. — MM. J. Lhermitte, Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Miget rapportent trois observations qui témoignent de la variété pathogénique des crises de narcolepsie en apparence essentielle.

Dans le premier cas, le sujet, âgé de trente-deux ans, qui présente des crises d'hypersomnie paroxystique typique et qui eût été considéré, il y a quelques années, comme un exemple saisissant du syndrome de Gelineau, est atteint, en réalité, de troubles dystrophiques pigmentaires, osseux et dentaires qui permettent de penser à l'hérédo-syphilis. De plus, l'existence de modifications des réflexes tendineux et cutanés impose l'idée d'une atteinte légère du système nerveux central.

Dans le second cas, qui a trait à un sujet masculin âgé de quarante-quatre ans, les crises de narcolepsie ont été suivies, pendant plusieurs années, par une polyurie importante, qui a cédé complètement et définitivement à la ponction lombaire. Au contraire, la narcolepsie n'a été nullement améliorée.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un jeune homme épileptique et dégénéré, sujet à des crises de petit mal et à des fugues de caractère comitial fréquentes. Chez ce sujet, on peut dissocier très bien deux types de crises,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

d'hypersomnie, les unes avec amnésie complète et de nature comitiale, les autres, au contraire, plus longues, moins fréquentes, que se rattachent à la narcolepsie de Gelineau. Mais, dans ce dernier fait également, l'examen révèle des modifications objectives de la réflectivité, qui donnent à penser à l'existence d'une lésion du névraxe.

Les auteurs concluent que, chez les narcoleptiques, il existe souvent des éléments discrets, qui traduisent une lésion nerveuse organique.

Paralysie amyotrophique à début brusque et douloureux et à localisation cervico-brachiale. Leur ressemblance avec les paralysies post-sérothérapiques. — MM. Paul Brodin et J. Lhermitte présentent un malade âgé de cinquante-huit ans, qui fut atteint brusquement, il y a quelques mois, de douleurs et d'engourdissement de l'épaule et du bras droits, à la suite desquels s'établit une paralysie amyotrophique portant sur le territoire innervé par les racines supérieures du plexus brachial.

Aussi bien le début et l'évolution de la maladie que la topographie des atrophies établissent une parenté avec le tableau clinique des paralysies post-sérothérapiques décrites par Lhermitte en 1921. Or, comme, dans le fait actuel, on ne retrouve absolument aucune cause étiologique infectieuse ou traumatique, et comme aucune injection de sérum n'a été faite, les auteurs posent le problème de la pathogénie des paralysies post-sériques, et ils se demandent si les paralysies amyotrophiques consécutives aux injections de sérum ne sont pas l'expression de la détermination, sur les racines et sur la moelle cervicale, d'un virus de sortie dont la virulence serait exaltée par les injections de sérum.

Présentation des observations de deux enfants d'une même famille, atteints de paraplégie spasmodique familiale. — MM. G. Guillain et P.-R. Bize relatent les observations de deux enfants, cousins germains, atteints de paraplégie spasmodique familiale ; pour l'un de ces enfants, la symptomatologie est à peu près exclusivement pyramidale. Ces enfants résultent de l'union de deux frères d'une famille avec deux sœurs d'une autre famille ; de ces deux unions sont nés quatre enfants : deux garçons pour une famille, et deux filles pour l'autre famille. Ces quatre enfants sont tous atteints de paraplégie spasmodique familiale. Deux d'entre eux n'ont pu être examinés ; ils sont morts vers l'âge de trente-deux ans, avec cachexie, escarres et infections secondaires, après avoir présenté un stade de paralysie complète.

Méningiome profond du lobe occipital. Opération. Guérison. — MM. Petit-Dutaillis et J. Bertrand présentent un méningiome, qui se trouvait placé profondément, en plein lobe occipital, et qui n'a pu être enlevé que par tunnellisation, à 4 centimètres de profondeur, après ablation de la pointe du lobe occipital. Il s'agit d'un fibro-endothéliome typique, qui ne présentait aucune connexion avec la dure-mère, fait d'ailleurs exceptionnel. La malade a guéri, et a pu reprendre ses occupations. L'hémianopsie, qu'elle présentait avant l'intervention, n'a pas été aggravée.

J. Mouzon.

NOUVELLES

L'assistance médicale gratuite. — Au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales chargée par la Chambre d'examiner le projet de loi réglant les rapports de l'assurance sociale avec l'assistance médicale gratuite, M. Flé, député, vient de déposer un rapport se concluant par la proposition de loi suivante :

Article premier. — L'article 6, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, est modifié comme suit :

« Les assurés sociaux seront soignés dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à des tarifs qui ne pourront dépasser le tarif le plus bas des malades payants.

« La part à supporter par les caisses dans les frais d'hospitalisation, abstraction faite des honoraires médicaux, sera contenue dans les limites fixées par leurs tarifs de responsabilité. »

Art. 2. — L'article 59 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, est modifié comme suit :

« Les assurés sociaux, notoirement indigents, seront inscrits sur les listes prévues par les articles 12 à 19 de la loi du 15 juillet 1893, dans les conditions définies par cette loi. Sur ces listes, les assurés sociaux, ainsi que les membres de leur famille, pourront être inscrits individuellement ou collectivement. En ce cas, ils jouiront du bénéfice des prestations en nature sans aucun pourcentage de participation.

« Les assurés sociaux étrangers, quelle que soit leur nationalité, auront la faculté de demander, dans les mêmes conditions, leur inscription sur ces listes. Les organismes assureurs et les syndicats médicaux ayant passé les conventions avec eux pourront prendre connaissance des listes susvisées et présenter, dans les formes et délais prévus par la loi du 15 juillet 1893, des réclamations en inscription ou en radiation.

« Les assurés sociaux ou les membres de leur famille, inscrits sur les listes prévues à l'alinéa précédent, seront soumis en principe, à l'égard de l'ensemble des risques ouverts par les assurances sociales, à toutes les dispositions de la présente loi. En ce qui concerne les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques, ils ne supporteront aucune participation dans les frais correspondant aux prestations qui leur seront données conformément aux tarifs établis pour l'application de la loi du 9 avril 1898. Quant à l'hospitalisation, la part à supporter par les caisses dans les dépenses sera uniquement contenue dans les limites fixées par leurs tarifs de responsabilité.

« Les dépenses effectuées conformément à ces tarifs seront avancées par le service chargé de l'application de la loi du 15 juillet 1893. Le montant en sera recouvré sur les organismes assurances à concurrence de leurs tarifs de responsabilité pour les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, déduction faite de la valeur de participation de l'assuré proportionnellement à la catégorie à laquelle il appartient.

« L'excédent sera supporté par la commune, le département et l'Etat, dans les proportions prévues par les barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893. »

NOUVELLES *(Suite)*

ART. 3. — L'article 17 de la loi du 15 juillet 1893 est complété comme suit :

« ... Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu dûment appelé, par une Commission cantonale, composée : du sous-préfet de l'arrondissement du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, dans l'ordre de nomination, du juge de paix, d'un représentant des caisses d'assurances sociales désigné par l'Union départementale des caisses ou à leur défaut par la caisse départementale, d'un représentant du corps médical désigné par la Fédération des syndicats médicaux du département. »

Documentation photographique, cinématographique et radiographique dans les sciences médicales. — Le Dr Claoué et M. Jean Painlevé feront une série de conférences avec démonstrations pratiques, du 10 au 15 octobre prochain, dont le but est de fixer les jalons indispensables pour obtenir une bonne documentation photographique dans les sciences en général ; en oto-rhino-laryngologie, en chirurgie plastique et esthétique en particulier.

Ils développeront les méthodes et les procédés qui leur sont personnels.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Claoué, 1, rue Singer, Paris (XVIe). Tél. Auteuil 75-31.

Legs à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret présidentiel, le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est autorisé à accepter le legs de l'universalité de ses biens fait à ladite Faculté par M. Dantès (Jules) pour les arrérages être affectés à la création de un ou deux prix annuels destinés à récompenser les recherches et découvertes correspondant à un des enseignements donnés dans ladite Faculté.

Société française de phoniatrie. — Une société a été fondée le 9 mai, à Paris, en vue de l'étude scientifique et pratique des questions se rapportant à la physiologie et à la pathologie de la voix et de la parole. Le bureau de la Société de phoniatrie comprend : M. le professeur Moure, président ; M. le Dr Hautant, M. le professeur Lemaitre, vice-présidents.

Le Dr Tarneaud, secrétaire général, est chargé de donner tous les renseignements concernant la Société ; lui écrire : 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

L'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Le décret présidentiel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (no du 6 août).

Les articles 3, 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, relatif aux médecins sanitaires maritimes, sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 3, § 2. — L'examen porte sur : la pathologie, la bactériologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies transmissibles ; la législation sanitaire maritim e; l'hygiène maritime ; le droit maritime. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de la Marine marchande.

ART. 4, § 1er. — Sont dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article précédent, pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, les docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme d'un institut universitaire d'hygiène ou de médecine coloniale. Ces candidats sont astreints seulement à satisfaire aux interrogations portant sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime, le droit maritime.

§ 2. — Le paragraphe 2 est supprimé.

ART. 5, § 1er. — Sont également dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article 3 ci-dessus (le reste du paragraphe sans changement).

§ 2. — Ces médecins peuvent être inscrits au tableau sous condition d'avoir satisfait aux interrogations portant :

Pour les médecins de la marine, sur la législation sanitaire maritime et sur le droit maritime ;

Pour les médecins des colonies, sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime et le droit maritime.

Faisant suite à ce décret, M. le ministre de la Marine vient de prendre l'arrêté suivant :

ARTICLE 1er. — Les jurys chargés d'examiner les candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime, dans les conditions prévues par les articles 2, 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, sont constitués dans les villes et aux époques ci-après : Marseille, mars ; Paris, juin ; Bordeaux, octobre.

ART. 2. — Les demandes d'inscription aux examens, établies sur papier timbré, doivent être adressées, selon le centre d'examen choisi, et un mois avant la date d'ouverture de la session :

Pour Paris : au ministère de la Marine marchande (services du travail maritime et de la comptabilité).

Pour Marseille et Bordeaux : au directeur de l'inscription maritime à Marseille ou à Bordeaux.

Les candidats ont à produire à l'appui de leur demande : 1o leur acte de naissance ; 2o leur diplôme de docteur en médecine (ou une copie certifiée conforme de ce diplôme) ; 3o un certificat de bonne vie et mœurs ; 4o une pièce établissant leur qualité de Français. (Cette qualité peut être affirmée par le certificat de bonne vie et mœurs, qui tient lieu, dans ce cas, de pièce spéciale.)

Les candidats qui désirent bénéficier des dispositions des articles 4 ou 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, doivent compléter leur dossier par la production, suivant le cas : du diplôme qui leur a été délivré par un institut d'hygiène ou de médecine coloniale (ou d'une copie certifiée conforme de ce diplôme) ; d'un certificat attestant que, médecin de la marine ou médecin des colonies, ils ont exercé, en cette qualité, leurs fonctions pendant cinq ans au moins.

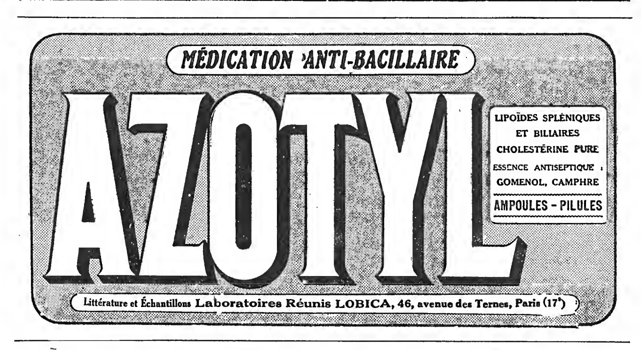
ART. 2. — L'examen porte sur : La pathologie, la bactériologie l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies suivantes : peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole ; la législation sanitaire maritime ; le droit maritime

L'examen se compose d'épreuves écrites et d'épreuves orales.

Les épreuves écrites comprennent : 1o une composition sur la pathologie des maladies suivantes : peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole ; 2o une composition sur la législation maritime.

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la composition de pathologie et une heure pour la composition de réglementation sanitaire maritime.

Les épreuves orales portent sur : 1o La pathologie des maladies visées ci-dessus (peste, choléra, fièvre



NOUVELLES *(Suite)*

jaune, typhus exanthématique et variole) ; 2° La bactériologie. Cette dernière épreuve comprend, en outre, la reconnaissance sur lames ou en culture des principaux microbes pathogènes pour l'homme ; 3° la législation sanitaire maritime ; 4° l'hygiène maritime ; 5° le droit maritime.

ART. 4. — Les interrogations prévues aux articles 4 et 5 du décret du 15 mars 1930, modifié par le décret du 27 juillet 1932, en ce qui concerne les candidats dispensés d'une partie des épreuves de l'examen, sont subies, au cours des sessions prévues à l'article 1er du présent arrêté, devant les jurys d'examen dont la composition est fixée par l'article 5 ci-après.

Elles portent :

Pour les médecins titulaires du diplôme d'un Institut d'hygiène ou de médecine coloniale, sur la législation sanitaire maritime, l'hygiène maritime, le droit maritime ;

Pour les médecins des colonies, sur les mêmes matières que pour les précédents ;

Pour les médecins de la marine, sur la législation sanitaire maritime, le droit mariitme.

ART. 5. — Les jurys d'examen sont composés comme suit :

A Paris : 1° Le directeur des services du travail maritime et de la comptabilité au ministère de la Marine marchande (ou son délégué), président du jury ; 2° un professeur de la Faculté de médecine ; 3° un conseiller technique du ministère de la. Santé publique ; 4° un médecin sanitaire maritime.

Dans les ports de Bordeaux et de Marseille : 1° le directeur de l'inscription maritime, président du jury ; 2° un professeur de la Faculté de Médecine ; 3° le directeur de la circonscription sanitaire maritime ; 4° le professeur d'hygiène de l'école nationale de navigation maritime, ou un médecin sanitaire maritime.

Ces jurys peuvent s'adjoindre, s'ils le jugent utile, un bactériologue.

ART. 6. — Le présent arrêté entrera en vigueur à la session d'examen de mars 1933.

Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du 8 décembre 1896 et généralement toutes les dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Le programme de l'examen en vue de l'inscription sur tableau des médecins sanitaires maritimes est fixé comme suit :

Pathologie. — Epidémiologie, bactériologie, parasitologie, modes de transmission, symptômes, diagnostic, traitement et prophylaxie des maladies suivantes : choléra, peste, fièvre jaune, typhus exanthématique et variole.

Bactériologie. — Habitat, caractères morphologiques et culturaux, procédés usuels de coloration des principaux microbes pathogènes pour l'homme ; charbon, choléra, coli-bacille, diphtérie, dysenterie, gonocoque, méningocoque, peste, pneumocoque, tétanos, tuberculose, typhiques.

Diagnostic bactériologique de la peste. Diagnostic bactériologique du choléra. Séro-diagnostic du typhus exanthématique.

Législation sanitaire maritime. — Législation internationale. Historique des conventions sanitaires internationales. La convention de 1926. Arrangement international de Bruxelles de 1924 pour le traitement des maladies vénériennes. Les organismes d'hygiène internationaux. Les pèlerinages musulmans. L'émigration.

Législation française. Loi de police sanitaire de 1822. Historique des réglements de police sanitaire maritime. Le règlement du 8 octobre 1927. Emploi de la T. S. F. pour la reconnaissance et l'arraisonnement des navires de commerce.

Hygiène maritime. — Objet de l'hygiène maritime (hygiène de la marine de commerce).

Hygiène du navire : cales, machines et locaux d'habitation. Conséquences hygiéniques des moyens modernes de chauffe et de propulsion des navires. Aération. Chauffage. Le froid à bord. Eau potable.

Mesures contre les rats (procédés de dératisation, écrans pare-rats, rat-proofing).

Service médical à bord. Les médecins sanitaires maritimes. Historique, leur rôle médical et sanitaire.

Infirmières-visiteuses coloniales. — Les emplois d'infirmière-visiteuse coloniale du Service de l'assistance aux mères et aux nourrissons en Algérie sont réservés dans la limite des postes disponibles aux anciennes élèves diplômées de l'Ecole nationale d'infirmières visiteuses de protection maternelle et infantile instituée à l'hôpital Parnet (Hussein-Dey, Alger) ayant accompli deux années d'études sous le régime de l'internat et satisfait ensuite à un stage hospitalier d'une année ininterrompue dans un hôpital civil de la colonie, à l'exclusion des hôpitaux auxiliaires. *Les élèves pourvues du diplôme de sage-femme sont dispensées du stage hospitalier.*

Conditions d'admission à l'école. — Peuvent être autorisées à suivre les cours de l'Ecole coloniale d'infirmières-visiteuses de protection maternelle et infantile, les personnes de nationalité française, âgées de vingt ans au moins et de vingt-cinq ans au plus, et justifiant de l'un des diplômes ou titres suivants : 1° Brevet élémentaire ; 2° Brevet d'enseignement primaire supérieur ; 3° Certificat d'études secondaires ; 4° Diplôme de sage-femme ; 5° Titre d'élève sage-femme de 2e année (les postulantes ayant la possibilité d'accomplir simultanément leur deuxième année de sage-femme et leur première année d'Ecole d'infirmière-visiteuse).

Il n'est accordé aucune dispense d'âge. Les élèves mariées sont également admises à l'Ecole.

Les candidates doivent adresser au Gouvernement général de l'Algérie (Service central de l'Assistance publique), avant le 10 novembre de chaque année, une demande sur papier timbré accompagnée des pièces suivantes : 1° Extrait authentique de l'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de bonne vie et mœurs (ces trois premières pièces doivent avoir moins de trois mois en date) ; 4° Copie certifiée conforme de l'un des diplômes indiqués plus haut et, pour les élèves sages-femmes, certificat d'admission aux cours de deuxième année ; 5° Certificat médical constatant l'état d'une bonne santé et l'absence de toute maladie ou infirmité chroniques incompatibles avec des fonctions essentiellement actives comportant des déplacements à cheval ou à mulet.

Régime de l'Ecole. — Le régime de l'Ecole coloniale d'infirmières-visiteuses est *l'internat gratuit.* La rentrée

NOUVELLES *(Suite)*

a lieu dans les premiers jours de novembre. Pendant la durée des études les élèves reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 40 fr. en première année et de 80 fr. en deuxième année. De plus, il leur est alloué, dès leur admission définitive à l'Ecole, qui est prononcée après un stage probatoire d'un mois, une somme de 300 fr. en vue de la constitution de leur trousseau d'uniforme. Enfin, leurs déplacements en tramway, pour se rendre dans les différents dispensaires de la ville, leur sont remboursés en totalité.

Enseignement. — L'enseignement, à la fois théorique et pratique, porte sur la médecine et la chirurgie générales, les soins aux femmes en couches et aux nourrissons et sur l'hygiène. Il est complété par des conférences sur la sociologie musulmane, les mœurs et coutumes des populations indigènes, ainsi que par des cours d'arabe et de kabyle. Il comporte également des stages pratiques dans les différents services de l'hôpital Parnet, de l'hôpital de Mustapha et des dispensaires de la ville d'Alger.

Avantages. — A l'expiration des deux années d'études, les élèves obtiennent, après examen, le diplôme d'infirmière de l'Etat français, délivré par M. le ministre de la Santé publique, et peuvent être nommées, si elles sont titulaires du diplôme de sage-femme, infirmières-visiteuses coloniales stagiaires de l'assistance aux mères et aux nourrissons. Les élèves, non sages-femmes, ne peuvent être nommées infirmières-visiteuses qu'après avoir satisfait au stage hospitalier prévisé d'une année. Pendant ce stage, elles perçoivent une rémunération annuelle de 7 300 fr., augmentée de l'indemnité algérienne de 25 p. 100 et de l'indemnité dite d'Algérie de 8 p. 100, Les traitements alloués aux infirmières visiteuses coloniales sont fixés ainsi qu'il suit : infirmière visiteuse hors classe : 15 000 fr., 1re classe : 13 800 fr. ; 2e classe : 12 700 fr. ; 3e classe : 11 600 fr. ; 4e classe : 10 500 fr. ; stagiaire : 9 000 fr. A ces traitements s'ajoutent l'indemnité spéciale dite d'Algérie de 8 p. 100.

Les infirmières-visiteuses coloniales sont, en outre, logées ou reçoivent une indemnité de logement dont le maximum est fixé à 1 200 fr. par an. Elles perçoivent, par ailleurs, des indemnités de déplacement, de tournées et de vaccinations.

Service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 6 juilet 1932, les mutations suivantes sont prononcées.

Médecin colonel. — M. Marland, de la région de Paris, est affecté comme adjoint du médecin général inspecteur président du comité consultatif de santé, Paris.

Médecins commandants. — M. Arlabosse, de l'hôpital Maillot à Alger, est affecté à l'hôpital Villemin, Paris (service).

M. Maliver, des troupes du Maroc, est affecté au 13e régiment d'infanterie à Nevers (service).

M. Picot, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital Villemin à Paris, est affecté à la région de Paris et détaché à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

Médecins capitaines. — M. Thibault, du 30e régiment d'artillerie à Orléans, est affecté au 18e régiment de chasseurs à cheval, Saint-Avold (service).

M. Jalet, assistant des hôpitaux militaires du 11e régiment de cuirassiers à Paris, est affecté à l'hôpital Maillot à Alger (service).

M. Debenedetti, assistant des hôpitaux militaires du 510e régiment de chars de combat à Nancy, est affecté au 1er bataillon de dragons portés à Versailles (service).

M. Rodet, du 152e régiment d'infanterie à Colmar, est affecté au 3e bataillon de dragons portés à Lunéville. Rejoindra le 25 août 1932 (service).

Médecins lieutenants. — M. Moroni, du 120e escadron du train à Sainte-Menehould, est affecté aux troupes du Maroc (service).

M. Prat, du 18e régiment de chasseurs à cheval à Saint-Avold, est affecté aux troupes du Maroc (service).

Capitaines d'administration. — M. Fleury, de la direction du service de santé de la 4e région, le Mans, est affecté à la direction du service de santé de la 3e région, Rouen (service).

M. Blanchard, de la direction du service de santé de la 3e région, Rouen, est affecté à la direction du service de santé de la 11e région, Nantes (service).

Clinique de dermatologie et de syphiligraphie. — Sous la direction de M. le professeur Gougerot auront lieu les cours suivants : un cours de dermatologie, du 3 au 29 octobre ; un cours de vénéréologie et syphiligraphie, du 2 au 26 novembre, et un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique, du 28 novembre au 17 décembre.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu devant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 350 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande. Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis. 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Burnier, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

Faculté de médecine de Strasbourg. — Un cours de perfectionnement de médecine infantile sera organisé sous la direction du professeur Rohmer, à la Clinique infantile de Strasbourg, du 10 au 22 octobre 1932, avec le programme suivant :

1° *Alimentation, nutrition, troubles digestifs du nourrisson.* — Les bases scientifiques de l'alimentation du nourrisson. Technique de l'alimentation artificielle. Dystrophies alimentaires. — Etats de carence et de précarence. Etiologie et pathogénie de la diarrhée. Formes cliniques de la dyspepsie aiguë. Hypothrepsie et athrepsie. Les vomissements. Entérites. Prématurés et débiles, M. le professeur Rohmer. — L'eczéma du nourrisson. Travaux récents sur le rachitisme, M. Woringer.

2° *Enfants plus âgés.* — L'amygdalectomie totale chez

NOUVELLES *(Suite)*

les enfants. Indications. Technique opératoire. Résultats, M. le professeur Canuyt. — Les formes organiques de l'arriération mentale. Les modifications apportées par l'âge infantile à la symptomatologie des psychoses, M. le professeur Pfersdorff. — Les lésions oculaires dans l'hérédo-syphilis, M. le professeur Weill. — Les troubles du développement physique des enfants. L'alimentation des enfants plus âgés. Dyspepsies et entérites chroniques après la première année, M. le professeur Rohmer. — Vomissements acétoniques. Traitement des néphrites et des névroses chez les enfants. Indications et résultats de la transfusion sanguine chez les enfants, M. Phélizot. — Occlusion intestinale, M. Bindschedler. — Rôle de l'infection latente dans les maladies de l'enfance, M. Woringer.

3° *Maladies infectieuses.* — Notions actuelles sur la conduite de la sérothérapie de la diphtérie. La maladie sérique. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. Encéphalite aiguë de l'enfant, M. Villemin-Clog. — Forme évolutive de début de l'infection tuberculeuse. BCG. Forme inapparente de l'hérédo-syphilis. Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis, M. Vallette.

4° *Travail social.* — Aperçu général sur les lois démographiques qui conditionnent la natalité et la mortalité infantiles. Législation et œuvres privées. Le rôle du médecin, M. le professeur Rohmer.

Les conférences auront lieu tous les jours de 9 à 10, 11 à 12 et de 17 à 18 heures. Tous les jours, de 10 à 11, visite clinique avec examen de malades. De 15 à 17 heures démonstrations et travail pratique au laboratoire et à la biberonnerie. Visites d'œuvres de l'enfance.

Droit d'inscription : 300 francs. Pour l'inscription et tous les renseignements, on est prié de s'adresser au professeur Rohmer, directeur de la Clinique infantile, Hôpital civil, Strasbourg.

Ecole de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 17 novembre 1932 à 16 heures, 5, rue Las Cases, Musée Social. Pour tous les renseignements et inscriptions, s'adresser au Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

Travaux pratiques de laboratoire (Hôpital Saint-Louis ; professeur : M. Gougerot). — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 12 octobre.

PREMIER COURS. — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke.

Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien.

Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins.

Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen.

Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct Cultures.

Hématologie.

Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

DEUXIÈME COURS. — Réactions de Wassermann, de Hecht, de Meinicke et de Kahn.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 350 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements : s'adresser à Mlle le docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis de 10 à 11 heures.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Gand.* Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

24 SEPTEMBRE. — *Lille.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Lille.

26 SEPTEMBRE. — *Lille.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Lille.

26 SEPTEMBRE. — *Grenoble.* Ecole de Médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de chimie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

27 SEPTEMBRE. — *Madrid.* Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

27 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès international d'histoire de la médecine.

29 SEPTEMBRE. — *Francfort.* Cours de perfectionnement sur la technique des hôpitaux (29 septembre au 8 octobre).

30 SEPTEMBRE. — *Villes des Académies.* Ouverture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalent du baccalauréat.

1er OCTOBRE. — Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales 3e bureau), clôture inscription pour le concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

VARIÉTÉS *(Suite)*

1er OCTOBRE. — *Le Mans.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre pour la prise de la première inscription.

1er OCTOBRE. — *Chartres.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

1er-2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de Médecine. Inscription des étudiants nouveau régime en vue des examens pour les ajournés.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société Française de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre des consignations pour les examens de l'ancien régime.

3-4 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens à passer par des candidats ajournés à l'année scolaire précédente.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les examens de clinique (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Zagreb.* Congrès des Sociétés itchéco-slovaque et yougoslave d'orthopédie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les thèses (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (anatomie, chirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (bactériologie et hygiène).

3 OCTOBRE. — *Brest.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

4 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours pour la place de prosecteur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

6 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef des travaux d'histologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Lille (Hôpital de la Charité).

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

7 OCTOBRE. — *Paris*, 69, quai d'Orsay. Démonstrations techniques par M. le Dr CALOT.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société de chirurgie réparatrice.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française d'orthopédie.

7-8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens de chirurgie dentaire à passer par les candidats ajournés.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai d'inscription pour le concours de clinicat obstétrical, de clinicat gynécologique, de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, de clinicat des maladies mentales, de clinicat oto-rhino-laryngologique.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscriptions pour les inscriptions du 1er et du 2e semestre d'études.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de médecine.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

12 OCTOBRE. — *Paris.* (31, rue de Bellechasse) Dernier délai d'envoi des mémoires pour le concours de l'académie d'éducation et d'entr'aide sociale.

12 OCTOBRE. — *Lyon.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon.

12 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Concours d'infirmières.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Ligue contre le rhumatisme.

13 OCTOBRE. —*Paris.* Hôpital de la Pitié. Professeur RATHERY : Cours sur le diabète.

13 OCTOBRE. — *Lille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Lille.

14 OCTOBRE. — *Lille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Lille.

14 OCTOBRE. — *Villes d'académies.* Clôture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Dernier délai de candidature à la fondation J.-A. Sicard (s'adresser au Doyen de la Faculté de médecine de Paris).

15 OCTOBRE. — *Le Mans.* Concours de l'internat de hôpitaux du Mans.

15 OCTOBRE. — *Montpellier.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

15 OCTOBRE. — *Poitiers.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

17 OCTOBRE. — *Marseille.* Concours de clinicat de médecine infantile.

17 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures, concours du clinicat obstétrical, du clinicat gynécologique, du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, du clinicat des maladies mentales.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de chimie.

17 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

17 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

18 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

18 OCTOBRE. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

19 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures, concours du clinicat d'oto-rhino-laryngologie.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes.

20 OCTOBRE. — *Rouen.* Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

20 OCTOBRE. — *Angers.* Concours de chef des travaux d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Angers.

21 OCTOBRE. — *Montpellier.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Lille.

26 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'externat des hôpitaux de Lille.

26 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

VARIÉTÉS

LES HUMANITÉS GRÉCO-LATINES ET LES ÉTUDES MÉDICALES (1)

Par A.-B. MARFAN
de l'Académie de médecine.

Il y a quelques mois, lorsque le Sénat discutait le projet de loi présenté par M. Armbruster sur l'exercice de la médecine, M. Debierre fit voter un amendement, qui exigeait le baccalauréat « latin-grec » pour l'entrée dans les facultés et les écoles de médecine. Les partisans des humanités gréco-latines se réjouirent de ce vote. Leur contentement ne fut pas de longue durée. La Chambre ne vota le projet de loi qu'après en avoir disjoint l'amendement Debierre.

Au cours des discussions provoquées par les débats parlementaires, on a bien voulu rappeler qu'il y a dix ans, au moment où M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique, soutenait au Parlement un projet de réforme de l'enseignement secondaire, je proposai à la Faculté de médecine de Paris d'émettre le vœu suivant :

« Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris,

« Considérant, d'une part, la très grande valeur de l'étude du grec et du latin pour le développement de l'intelligence et de la raison ;

« Considérant, d'autre part, que presque tous les mots employés en médecine dérivent du grec ;

« Émet le vœu que les facultés et les écoles de médecine ne soient ouvertes qu'aux personnes ayant obtenu le titre de bachelier après les épreuves comprenant un examen sur la langue latine et un examen sur la langue grecque. »

Le 15 juin 1922, ce vœu fut discuté par le Conseil, et, finalement, voté par 20 voix contre 10.

Depuis ce moment, les raisons qui m'avaient incité à le présenter se sont encore fortifiées.

Ce qui m'a conduit à me préoccuper du meilleur mode de préparation aux études médicales, c'est la constatation de l'abaissement progressif de la culture des étudiants en médecine. Longtemps en contact avec eux comme professeur et comme examinateur, j'ai pu suivre les progrès de cette décadence. Elle était déjà sensible avant la guerre. Depuis, elle est devenue chaque jour plus manifeste. Sans doute, aux examens, nous avons parfois la très grande joie de nous trouver devant des sujets d'élite ; mais cette joie est devenue rare. Le plus souvent, même chez les laborieux, nous sommes surpris de certains défauts d'esprit. Leur mémoire est encombrée de notions fragmentaires, dont ils n'aperçoivent pas le lien. Chose plus grave, ils n'ont ni le désir d'une définition claire, précise et complète, ni le goût du mot propre, ni la curiosité de l'étymologie des termes les plus usuels de la langue médicale. Et je parle ici des travailleurs. Quant aux autres, ce qu'ils font entendre est souvent déconcertant ; ils répondent presque toujours, mais n'importe quoi, au hasard de ce qui se présente à leur mémoire. On se demande comment ils ont pu franchir la barrière du baccalauréat et des examens du P. C. N.

En procédant à une enquête, en consultant les dossiers et en posant quelques questions, on s'assure que ceux dont les réponses sont les plus satisfaisantes sont pourvus en général — et sauf exception, il y en a en tout — du diplôme de bachelier « latin-grec ». Au sortir d'un examen, je le faisais remarquer à un de mes collègues : « Ce n'est pas étonnant, répliqua-t-il. Ceux qui nous ont si bien répondu étaient déjà sur les bancs du collège des sujets laborieux et bien doués. C'est pourquoi ils ont été dirigés vers les études gréco-latines. » Peut-être y a-t-il une part de vérité dans cette réponse. Mais qu'est-ce à dire, sinon que les humanités classiques seraient déjà un moyen de sélection ? Je suis persuadé qu'elles sont bien plus que cela. Elles constituent la meilleure préparation aux études médicales. Il est possible qu'elles soient moins nécessaires pour aborder d'autres enseignements. Pour les futurs médecins, rien ne peut les remplacer.

***

Aujourd'hui, les maîtres de l'Université ne conçoivent pas comme il convient l'objet de l'enseignement secondaire. Le but essentiel de celui-ci est de former l'intelligence. Il ne doit donner à l'acquisition des faits, surtout au début, qu'une place accessoire et réduite. Avant de se servir d'un instrument, il faut le construire, le façonner et en corriger les imperfections. Cet enseignement doit donc se proposer surtout d'apprendre à comprendre, à réfléchir et à juger. Je ne crains pas d'ajouter qu'il doit aussi former le goût et développer certains sentiments élevés. Il doit être conçu comme un enseignement de qualité plus que de quantité.

Pour former, assouplir et affiner l'intelligence des enfants, la version et le thème sont les meilleurs exercices. La première fait pénétrer l'élève dans le génie de la langue qu'il traduit et en même temps lui apprend sa propre langue. Le thème doit compléter la version ; il est nécessaire pour s'assimiler l'idiome étranger. L'effort qu'accomplit l'élève pour transposer dans une langue un

(1) Feuilleton du *Journal des Débats* du 16 août 1932.

VARIÉTÉS *(Suite)*

texte écrit dans une autre langue est l'exercice le plus propre à développer son esprit ; il n'en est pas de meilleur pour lui apprendre à conduire et à exprimer sa pensée.

Mais, demande-t-on, pour la version et le thème, ne faut-il pas préférer aux langues anciennes les langues vivantes, qui sont d'une utilité immédiate ? On reviendra sur l'étude des langues vivantes au lycée. Ce qu'il faut dire tout de suite, c'est que, comme éducatrices, la langue latine et la langue grecque sont supérieures aux langues vivantes.

Le latin doit être la partie essentielle des études secondaires. Il faut l'apprendre suivant les méthodes anciennes, celles de Port-Royal. Il apparaît alors comme une langue concise, claire, énergique, mère du français qu'on ne sait bien que si on a appris le latin. Les Romains, a-t-on dit, n'ont eu que très peu d'idées. Mais ces idées sont simples, fortes et très générales ; elles s'appliquent à tous les hommes et à tous les temps. Le monde occidental s'est plus particulièrement organisé suivant ces idées. Les œuvres latines sont, dans l'ensemble, beaucoup plus saines que les modernes. Elles apprennent l'ordre et la justice. Elles enseignent la nécessité d'une hiérarchie et qu'elle doit être fondée sur des valeurs intellectuelles, morales et sociales, et non sur la richesse, le caprice d'une masse ignorante, ou le bon plaisir de la force brutale. Elles font comprendre les bienfaits d'une organisation familiale puissante et la noblesse du travail des champs. On y puise des leçons de courage, de dévouement et de patriotisme. Elles sont admirablement éducatrices.

Le latin a été longtemps la langue universelle du monde civilisé. Aujourd'hui, les idiomes nationaux se sont entièrement substitués à lui et les échanges intellectuels entre les peuples sont devenus de plus en plus difficiles. On en est arrivé au point que, si on ne possède pas plusieurs langues, il est impossible de se tenir au courant, même de façon sommaire, des travaux poursuivis à l'étranger. Beaucoup d'efforts sont ainsi perdus. Aussi, le besoin d'une langue universelle se fait sentir à beaucoup de bons esprits. Le retour au latin comme idiome international semble la solution la moins chimérique.

A l'étude du latin, il faut joindre celle du grec, C'est M. Maurice Croiset, je crois, qui a dit qu'on ne sait bien le latin que si on a une certaine connaissance du grec, de même qu'on ne sait bien le français que si on a appris le latin. Le grec nous fournit l'étymologie d'une multitude de mots. Le vocabulaire médical est presque incompréhensible sans une certaine teinture de grec. Et puis, s'être efforcé de traduire, même imparfaitement, quelques vers de l'*Iliade* ou d'*Œdipe à Colone*, quelques pages de Xénophon, de Thucydide ou de Platon, c'est le seul moyen d'avoir une idée de cette langue harmonieuse, riche, flexible, qui permet d'exprimer clairement les choses les plus fines et les plus subtiles. Si on associe aux rudiments de la langue quelques notions sur l'art grec, à l'aide d'images et de visites dans les musées, on donnera à l'élève la révélation, je ne dis pas de la plus belle chose de l'histoire des hommes, mais de quelque chose de parfait et d'unique.

Ce qui fait la valeur éducative des œuvres grecques et latines, c'est qu'elles présentent, sous une forme simple, claire et précise, des vérités immuables sur l'homme. Pour les Français surtout, elles sont d'un prix inestimable, car, des Latins et, par eux, des Grecs, proviennent leur civilisation et leurs manières de penser. Elles font partie du patrimoine de notre race.

Certes, il ne faut pas avoir la superstition de ces études. Si elles paraissent indispensables pour acquérir un certain degré et une qualité particulière de culture, à elles seules elles ne suffisent pas à former un bon esprit. Elles peuvent produire des révoltés comme Jules Vallès. Mal distribuées, elles sont surtout capables de créer des déclassés. Mais, sans elles, il manque quelque chose à l'homme qui doit occuper un certain rang social ou remplir certaines fonctions.

Elles sont encore plus nécessaires au XXe siècle qu'au XVIe ou au XVIIe. Nous vivons dans un temps où il faut favoriser plus que jamais ce qui éloigne de l'utilitarisme immédiat, fait réfléchir sur les grands problèmes de l'humanité, exalte les valeurs spirituelles, et, par là, s'oppose à ce grossier matérialisme industriel et bancaire qui asservit et ruine les peuples modernes.

***

Parmi mes collègues, il en est qui, tout en partageant ces vues sur la valeur éducative générale des humanités gréco-latines, ne sont pas persuadés qu'elles soient indispensables au futur médecin. Je suis convaincu, pour ma part, qu'aucune autre étude n'est plus propre à sa formation. Au début de sa carrière professorale, le grand chimiste allemand Liebig pensait que les humanités gréco-latines étaient inutiles à ceux qui se destinaient à être des chimistes ou des médecins. Quatre ans avant sa mort, il disait : « L'expérience m'a enseigné ceci : dans mon laboratoire, les élèves venant des écoles réalistes (enseignement moderne) sont, pendant la première année, supérieurs à ceux des gymnases (enseignement gréco-latin)

VARIÉTÉS *(Suite)*

la deuxième année, ils leur sont égaux ; la troisième, ils leur deviennent inférieurs. » Ce que j'ai observé confirme de tous points cette manière de voir. Ce sont les humanités gréco-latines qui préparent le mieux à l'étude et à la pratique de la médecine. Elles forment des intelligences plus ouvertes, plus compréhensives, plus curieuses. En même temps, elles développent l'esprit critique, plus nécessaire en médecine qu'en toute autre science, surtout de nos jours.

Obligé de pénétrer dans ce que l'homme a de plus intime, le médecin doit connaître non seulement sa nature physique, mais aussi sa nature intellectuelle et morale. Les humanités gréco-latines lui procurent cette connaissance mieux que toute autre étude.



Il faut examiner ici la grande objection qu'on oppose aux partisans des humanités gréco-latines. Depuis un siècle, leur dit-on, surtout depuis cinquante ans, le savoir humain s'est considérablement accru. Aux acquisitions nouvelles il est impossible de ne pas faire une large place dans l'enseignement secondaire. C'est pourquoi on a surchargé les programmes ; peu à peu ils sont devenus encyclopédiques, ce qui est proprement le contraire d'un programme d'enseignement secondaire. La surcharge est devenue telle qu'on a été conduit à réduire d'abord la part des langues anciennes, puis à la supprimer dans certaines formes d'enseignement secondaire, qui, dès lors, ne méritent pas d'en porter le nom et ne sont plus que des enseignements primaires supérieurs.

Or, cette surcharge des programmes n'est nullement une nécessité. Et nous sommes ici au point essentiel de la question. Je l'aborderai franchement et sans me laisser arrêter par certaines oppositions.

Qu'on me permette ici une courte digression. Depuis un demi-siècle, on a plusieurs fois demandé à l'Académie de médecine de s'occuper de la question du surmenage scolaire. Tout récemment encore, elle a dû nommer une commission pour l'étudier. J'en faisais partie. Naturellement, au cours de nos discussions, nous dûmes examiner les programmes de l'enseignement secondaire. Un de nos collègues, en relations avec le ministère de l'Instruction publique, nous transmettait les avis de ses directeurs. Il nous déclara un jour qu'on nous interdisait de nous occuper des matières enseignées. On acceptait que nous donnions des conseils sur le nombre des heures de classes et d'études, l'hygiène des locaux scolaires, les exercices physiques. Mais il nous était expressément défendu de jeter un coup d'œil sur les programmes. C'est pourquoi le rapport si élégant et si fin de mon éminent ami Paul Le Gendre ne put proposer que des conclusions incomplètes. Ici, je passerai outre à ces interdictions.

Je n'ai pas de prétention à la pédagogie. Mais, au cours d'une longue pratique, nombre de familles m'ont consulté au sujet des études de leurs enfants. J'ai connu ainsi les transformations successives des programmes de l'enseignement secondaire. J'ai pu m'assurer que chaque changement, au lieu d'améliorer la situation précédente, l'avait rendue pire. J'en a cherché la raison et j'ai été ainsi conduit aux remarques suivantes.

Dans l'enseignement secondaire, la part des sciences, je dirai même de l'histoire, doit être limitée, surtout au début. Il ne faut pas se lasser de le montrer en se fondant sur l'expérience. Cet enseignement doit commencer par l'étude des langues anciennes. Autrefois on abordait le latin dès la classe de huitième et le grec dès la sixième. On y joignait l'étude du français et de l'arithmétique. L'enseignement de l'histoire et de la géographie se bornait aux faits essentiels d'une nation ou d'une période déterminée. Il en était ainsi jusqu'à la quatrième. C'était une bonne méthode. A partir de la quatrième, la part des sciences doit devenir plus grande ; mais il est bon de n'introduire d'abord dans le programme que les mathématiques élémentaires, et en premier lieu la géométrie. Pour des élèves encore jeunes, elles ont, en effet, une valeur éducative plus grande que les sciences expérimentales. Elles enseignent la rigueur dans le raisonnement et la précision dans le langage ; elles révèlent la valeur d'une définition claire et d'un terme propre. Lorsqu'on y introduit les élèves, il serait excellent de leur faire lire ce qui a trait aux règles des définitions et démonstrations dans l'opuscule de Pascal : « De l'esprit géométrique ». Cette lecture est d'ailleurs la meilleure préparation à celle de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* de Claude Bernard.

Il faut remettre à plus tard l'étude de la physique, de la chimie, de la biologie et de l'histoire naturelle. Avec elles, en effet, on entre dans des ordres de faits dont l'étude n'est profitable que si l'élève a une certaine maturité d'esprit. Commencée trop tôt, cette étude aboutit à surcharger la mémoire de notions dont l'écolier ne saisit ni le lien ni la signification Plus tard même, leur enseignement devrait être limité aux faits essentiels. Il n'y a aucune utilité à apprendre à un enfant de douze ans la différence du granit, du porphyre et du gneiss ou qu'il y a quatre espèces

VARIÉTÉS *(Suite)*

de volcans, ou que le terrain miocène est caractérisé par le *dinotherium*, et qu'on y trouve de la meulière et du sable de Fontainebleau. Il n'en retient rien, ou seulement des mots pour lui sans signification. La géologie est une très belle science ; mais c'est une de celles dont l'esprit est le plus difficile à pénétrer. On n'y entre bien qu'en en faisant une étude approfondie.

Quant aux langues vivantes, sans doute, il est indispensable de leur faire à un certain moment une place dans l'enseignement secondaire. Je sais combien il est utile de les connaître. Dans les lycées on enseigne surtout l'anglais et l'allemand. Mais n'y a-t-il pas une grande disproportion entre le temps qu'on leur consacre et le résultat obtenu ? Parmi les élèves qui n'ont pas appris ces langues dès le berceau, combien y en a-t-il qui, au sortir du lycée, soient capables de les parler et de les écrire ? Combien même y en a-t-il qui puissent les lire assez couramment ? Il est très regrettable que l'Université se refuse à donner à l'espagnol et à l'italien une place égale à celle de l'allemand et de l'anglais. Les élèves qui apprennent le latin, surtout ceux du Midi, sauraient ces langues beaucoup mieux que l'anglais ou l'allemand et arriveraient bien plus facilement à les parler. Il faut ajouter que la méthode dite directe, bonne pour un enfant d'un an, est à rejeter quand il s'agit d'écoliers.

En somme, avec les programmes actuels, on encombre et on fatigue la cervelle des enfants en la bourrant de mots, de formules, de dates, de nomenclatures, sans valeur éducative. Beaucoup, heureusement, n'en retiennent rien et échappent ainsi à ce qu'on a appelé le surmenage et qu'il vaudrait mieux appeler le *malmenage scolaire*. D'autres ne gardent que des idées confuses dans un cerveau brouillé. Quant aux sujets d'élite, nombre d'entre eux sortent de ces études dégoûtés ou épuisés.

Le remède à la situation présente consiste donc à remanier et à alléger les programmes de l'enseignement secondaire Si on veut y réussir, la première condition est de ne pas les faire établir par des spécialistes, surtout par ceux qui, l'étant devenus vers leur vingtième année, ont ainsi perdu toute notion de culture générale et tendent à exagérer démesurément l'importance de leur spécialité. J'irai plus loin ; dans l'enseignement secondaire, les professeurs de sciences ne devraient pas être des spécialistes, tout au moins jusqu'aux classes préparatoires aux grandes écoles.

Ainsi l'enseignement secondaire n'empiéterait pas sur le supérieur et ne se confondrait pas avec un enseignement technique. Ainsi le baccalauréat deviendrait ce qu'il doit être, un examen de qualité plus que de quantité.

Enfin, dans une réforme sérieuse de l'enseignement secondaire, un règlement spécifierait que les classes ne doivent pas être trop nombreuses et ne pas comprendre plus d'une trentaine d'élèves. Ainsi limitée, chacune devrait avoir un professeur unique, au moins jusqu'à la quatrième où pourraient intervenir les professeurs d'histoire, de sciences et de langues vivantes.

Il faut soulever ici deux questions délicates. Le recrutement et la formation des maîtres de l'enseignement secondaire sont-ils aujourd'hui ce qu'ils devraient être ? Je ne suis pas qualifié pour répondre. Je dirai seulement que la tâche qu'ils ont à remplir est si belle, si utile et si difficile à la fois, elle exige tant de dévouement, de patience et d'abnégation, qu'on devrait les choisir avec un soin infini et les honorer à l'égal des premiers personnages de l'État.

D'autre part, est-il vrai que la manière d'enseigner aujourd'hui les humanités greco-latines, différente de celle d'autrefois, leur a fait perdre une partie de leur valeur éducative ? La question a été posée ; elle mériterait une réponse.

***

Il y aurait bien d'autres choses à dire sur cette question si essentielle de l'enseignement secondaire. Je me bornerai à signaler deux tendances des dirigeants de l'Université qui me paraissent fâcheuses. La première consiste à user de tous les moyens possibles pour que l'élève n'ait pas d'effort à faire ; ici aussi on a voulu instaurer le régime de la facilité. C'est une erreur. L'effort est la loi de la vie. Sans doute, on doit se servir des méthodes le mieux adaptées à l'entendement du jeune écolier, de celles qui lui permettent le mieux de comprendre et d'apprendre. Mais, même instruit par les meilleurs procédés, l'élève doit accomplir un effort. Il faut lui en faire sentir la nécessité et éduquer sa volonté de manière à lui en donner le goût. On ne sait bien que ce qu'on a appris avec effort.

Une autre erreur provient de la sorte de haine qu'inspire la mémoire. Or, la faculté de mémoire est une des plus nécessaires pour le développement de l'intelligence. La cultiver, c'est augmenter l'aptitude de l'élève à garder le souvenir de ce qu'il voit, de ce qu'il entend, de ce qu'il lit. « La mémoire, a dit Pascal, est nécessaire pour toutes les opérations de l'esprit. » Seulement, il faut éviter de la charger de faits sans intérêt, de sèches nomenclatures qui n'ont aucune valeur éducative. Mais, savoir par cœur cinquante vers de Corneille, de Racine et de Molière, est un des meilleurs moyens de pénétrer le génie de la langue française. Apprendre quelques vers de Virgile et, pourquoi

pas ? d'Homère ou de Sophocle, c'est aussi un excellent moyen de s'instruire en latin et en grec.

Une réforme de l'enseignement secondaire par la restauration des humanités gréco-latines a-t-elle quelque chance d'être accomplie ? Elle a des adversaires résolus et puissants. Je ne parle pas des politiciens de métier ; il est assez naturel qu'ils lui soient indifférents ou hostiles. On ne saurait non plus être trop surpris que les directeurs du ministère de l'Instruction publique en soient les ennemis : ils sont les prisonniers d'une mystique. Mais ce qui ne laisse pas d'étonner, c'est l'opposition de nombre d'universitaires à cette réforme ; c'est l'aversion que lui témoignent les membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, sur le recrutement duquel il y aurait d'ailleurs à faire quelques réflexions.

Faut-il donc rappeler que les plus grands savants du dernier siècle ont tous été élevés dans la discipline des vieilles humanités : Ampère, Laennec, Claude Bernard, Pasteur, Berthelot ? Et Henri Poincaré n'a-t-il pas écrit que rien ne vaut les deux langues anciennes, étudiées suivant les méthodes d'autrefois, pour former un esprit et le préparer aux études scientifiques ? Charles Richet est le plus grand physiologiste de notre temps ; son génie et sa culture sont universels.

Bien que les adversaires des humanités gréco-latines soient très puissants, il n'y a pas lieu de nous décourager et il ne faut pas nous lasser d'exposer nos raisons. Quelques faits récents permettent d'espérer qu'elles sont vivement senties dans certains milieux. N'est-il pas bien significatif que des hommes comme M. Debierre et Victor Bérard, que leurs opinions politiques devaient incliner à une attitude contraire, se soient faits au Sénat les défenseurs des humanités gréco-latines et qu'ils y aient été écoutés ? Relevons aussi le succès du dernier Congrès de l'Association Guillaume Budé, qui s'est tenu à Nîmes en mars 1932, dont M. Doumergue était le président d'honneur, auquel il a assisté et où il a prononcé une allocution.

Enfin, ce qui fortifie nos espérances, c'est de voir la cause des humanités gréco-latines énergiquement soutenue par l'Association corporative des étudiants en médecine, dont M. Maurice Mordagne s'est fait l'ardent interprète.

UNE DESCRIPTION ANCIENNE DE MUTISME TRANSITOIRE

Par Eugène GELMA (Strasbourg)

Un diagnostic rétrospectif, sur des documents cliniques que l'on n'a pas soi-même dressés, devient, presque toujours, un divertissement où l'interprétation se donne libre jeu. L'histoire médicale d'un fait passé n'est souvent, comme l'histoire tout court, selon un mot d'A. France, « qu'une des façons dont les choses ont pu être ».

Cependant tout n'est pas fantaisie dans la *Médecine de l'Histoire*, et parfois des documents précis peuvent soulever des discussions intéressantes. Tel est le cas d'aphasie motrice pure, ou d'aphasie amnésique, ou encore d'audi-mutité post-émotive, hystérique aurait-on dit il y a quelques années encore, que nous montre l'histoire de Zacharie, père de Jean-Baptiste, relatée par la troisième Évangile : A la suite d'une vision de l'ange Gabriel, qui lui annonçait une paternité inattendue, Zacharie perdait la parole, ne pouvait plus s'exprimer que par gestes, et semblait frappé de surdi-mutité à son entourage. Au moment où se produisit cette naissance, la famille voulut donner à l'enfant le nom de son père, mais celui-ci s'y opposa par signes, demanda de quoi écrire et traça, sur une tablette, le nom de « Jean ». Après quoi il recouvrit, incontinent, la parole.

Voici d'ailleurs une traduction, à peu près mot à mot, effectuée sur une leçon du texte grec (1) de l'Évangile de Luc (récension de J. Duncan) :

Chapitre I. — *Phrase* 11. — S'est présenté à lui un ange du Seigneur, debout à droite de l'autel de l'encens.

12. — Et s'est troublé Zacharie ayant vu, et peur s'est apesantie sur lui.

13. — A dit à lui l'ange : Ne crains pas, Zacharie, parce qu'a été exaucée la prière de toi, et la femme de toi Elisabeth engendrera fils de toi et elle appellera le nom de lui : « Jean ».

14. — Et sera joie à toi et tu seras enchanté, et la naissance de lui rendra joyeux plusieurs.

(1) On sait que les textes originaux des vingt-sept ouvrages composant le Canon du Nouveau Testament nous sont parvenus en grec. Ces textes, dérivés d'un certain nombre de manuscrits, dont les archétypes sont perdus, ne comportent pas moins de 150 000 variantes, aux dires de P. Collomp (*La critique des textes*, Paris, 1931, page 8). L'Église Romaine se sert, pour ses livres liturgiques, de versions latines dont une principale provient d'une traduction assez discutée faite par saint Jérôme au IV[e] siècle, la *Vulgate*, et d'une autre, moins estimée et plus ancienne, la *Vetus Itala*. Les autres Églises emploient des versions soit en des langues nationales modernes, soit en des idiomes archaïques (slavon, kopte, etc.).

L'intérêt médical de cette étude paraîtra peut-être d'autant plus attachant que l'auteur, auquel la tradition attribue le troisième évangile, Luc, a été, de tout temps, considéré comme un de nos confrères. Saint Jérôme écrit : « Tertius, Lucas *medicus*, natione Syrus Antiochensis... volumen condidit ». Dans le Canon de Muratori on lit aussi « Lucas iste *medicus*... »

Cette opinion, partagée unanimement par les auteurs ecclésiastiques anciens, semble tirer son origine d'une phrase de Paul, où celui-ci qualifie un certain Luc de « cher médecin » : Λουκᾶς ὁ ἰατρός ὁ ἀγαπητὸς (col. IV, 14).

15. — Il sera en effet grand auprès du Seigneur et vin et cervoise (σίκερα) il ne doit pas boire, et de l'Esprit saint il sera rempli depuis le ventre de la mère de lui.

16. — Et plusieurs des fils d'Israël il tournera vers le Seigneur le (τόν) dieu d'eux.

18. — Et dit Zacharie à l'ange : « D'après quoi je reconnaîtrai cela ; moi en effet, je suis vieux, et femme de moi avancée dans les jours d'elle ».

19. — Et ayant répondu l'ange dit à lui : « Moi je suis Gabriel, celui qui est debout à côté du dieu, et j'ai été envoyé pour parler à toi et pour apporter à toi cette bonne nouvelle.

20. — Et voilà tu seras gardant le silence (σιωπῶν) et ne pouvant parler jusqu'au jour où arriveront ces choses (parce que) tu n'as pas cru aux paroles de moi, lesquelles seront accomplies dans l'époque d'eux. »

21. — Et le peuple attendait le Zacharie et était étonné de ce qu'il tardait dans le sanctuaire (τῷ ναῷ).

22. — Il sortit alors, il ne pouvait pas parler à eux ; (ceux-ci) ont compris que vision il a eue dans le temple, tandis que lui leur faisait des signes (était gesticulant à eux, διανεύων αὐτοῖς), et demeurait *muet* (κωφός).

23. — Et il arriva qu'une fois accomplis les jours du (service) liturgique de lui il rentra dans la maison de lui.

24. — Or après ces jours, Elisabeth la femme de lui a conçu et cacha elle durant cinq mois...

57. — Alors pour Elisabeth s'est accompli le temps de faire ses couches et elle a mis au monde fils.

58. — Et apprirent les voisins et les parents d'elle, que le Seigneur avait augmenté la grâce de lui et ils étaient heureux avec elle.

59. — Et il arriva que le huitième jour ils vinrent (en vue de) circoncire l'enfant et appeler lui, comme le nom du père de lui, Zacharie.

60. — Et dans sa réponse sa mère dit : « Non, mais il sera appelé Jean ».

61. — Et ils dirent à elle : « Personne dans la parenté de toi a ce nom-là ».

62. — Et ils s'exprimaient en gestes (Ἐνένευον) au père de lui pour savoir comment il désirait nommer lui.

63. — Alors ayant demandé petite tablette (πινακίδιον) il écrivit (ἔγραψε) (1) exprimant (2) : « Jean est le nom de lui. » Et ils étaient surpris tous.

64. — S'ouvrit alors la bouche de lui aussitôt et la langue de lui se mit en mouvement, et il parla en bénissant le dieu (3)

***

En somme, au témoignage de Luc, Zacharie, homme d'un certain âge, fut frappé, après une vive émotion, de l'incapacité de parler, et de se faire entendre pendant neuf mois. Huit jours après la naissance de son enfant, il ne se trouvait pas encore en mesure d'articuler une parole, mais il était devenu susceptible de comprendre les gestes et d'écrire un nom propre. Il se comportait comme s'il était muet (κωφός).

L'ensemble symptomatique serait alors mutisme avec intégrité, à un moment donné, de la compréhension des gestes, absence d'alexie et d'agraphie. Et il n'y a pas lieu de lire, dans le récit précité, que Zacharie était devenu sourd. Κωφός veut dire muet et je crois que le P. Lagrange, dans son imposant ouvrage sur « l'Évangile selon saint Luc », n'a pas raison d'écrire (page 22) « que le terme muet implique celui d'être sourd », sous le prétexte que les muets de naissance sont sourds...

Pas tous, puisqu'il existe des entendants-muets de naissance (l'audi-mutité congénitale). De même ce savant auteur force les textes (4) lorsqu'il expose dans le même ouvrage, page 56 : « On fait des signes à Zacharie pour qu'il tranche la question du nom de l'enfant ; il était donc sourd aussi bien que muet, ou du moins passait pour tel ». Non, il faut s'en tenir au texte : « Zacharie était devenu muet », et ne pas vouloir faire exprimer à l'écrit de Luc ce que celui-ci ne dit pas. Zacharie, en ne répondant pas aux questions, donnait sans doute, comme les aphasiques moteurs purs, l'impression de ne pas comprendre ou de ne pas entendre.

Il semble que la maladie de Zacharie ait eu deux phases : une première qui dura un peu plus de neuf mois; une seconde beaucoup plus courte, de quelques instants peut-être, où il comprenait les gestes des personnes qui l'entouraient, et peut-être entendait-il ce que son épouse disait. En tout cas, dans la période qui a précédé immédiatement la cessation des troubles, il a pu réclamer une écritoire et il a été en mesure d'écrire un nom. C'est bien peu pour établir un diagnostic des troubles du langage.

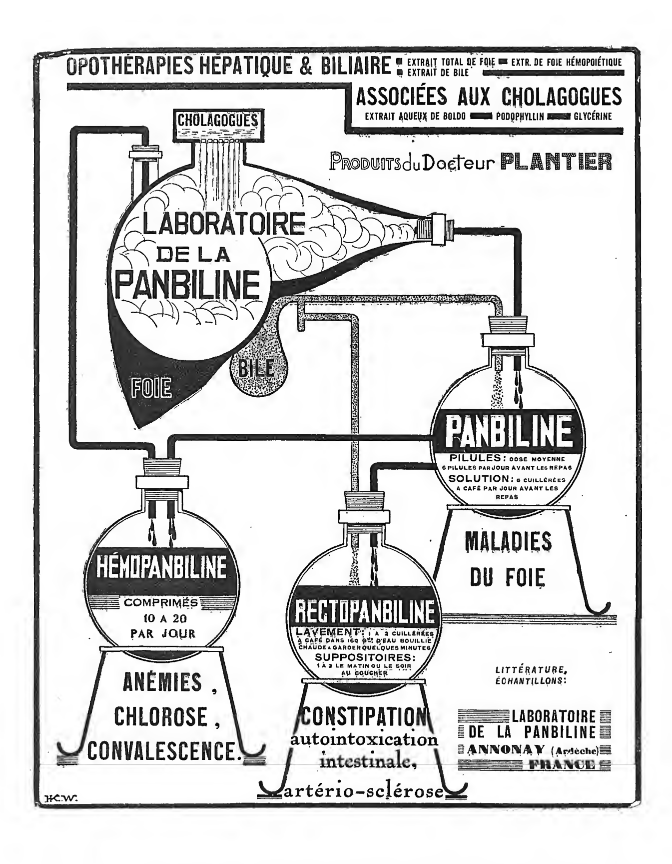
Il est vrai qu'au temps où les Évangiles ont été écrits les médecins ne connaissaient rien de l'apha-

(1) Voici le texte de cette importante phrase: Καί αἰτήσας πινακίδιον ἔγραψε, λέγων : « Ἰωαννης ἐστι τὸ ὄνομα αὐτοῦ », καί ἐθαύμασαν πάντες.

(2) Λέγων, devant être entendu ici dans le sens général d'« exprimer » et non de « dire », de parler.

(3) Dans le texte : « Ἀνεῴχθη δέ τό στόμα αὐτοῦ παραχρῆμα, καί ἡ γλῶσσα αὐτοῦ καί ἐλάλει εὐλογῶν τον θεόν. »

(4) Il y a lieu de dire, pour demeurer dans la stricte vérité, que certains auteurs emploient parfois le terme κωφός pour dire muet.



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE
EXTR. DE FOIE HÉMOPOIÉTIQUE
EXTRAIT DE BILE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO
PODOPHYLLIN
GLYCÉRINE
PRODUITS du Docteur PLANTIER
CHOLAGOGUES
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
FOIE
BILE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE 6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 6 CUILLÉRÉES A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES REPAS
MALADIES DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS 10 A 20 PAR JOUR
ANÉMIES, CHLOROSE, CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES A CAFÉ DANS 160 Gms D'EAU BOUILLIE CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES: 1 A 2 LE MATIN OU LE SOIR AU COUCHER
CONSTIPATION
autointoxication intestinale,
artério-sclérose
LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
H.C.W.

VARIÉTÉS *(Suite)*

sie ; et les auteurs médicaux anciens ne semblent pas nous avoir laissé de documents utiles sur des troubles du langage qu'ils avaient dû observer bien souvent.

Je vais donc tenter, avec les rudiments d'observation que nous a transmis Luc, d'établir un diagnostic rétrospectif des troubles du langage de Zacharie.

On pourrait émettre l'hypothèse d'une *aphasie totale*, c'est-à-dire d'une perte du langage où l'aphasie motrice s'associe à l'aphasie sensorielle et qui correspond, anatomiquement, à une destruction de toute la zone de langage, aussi bien celle du langage articulé que celle de la région de Wernicke. La parole est alors tout à fait abolie, la surdité verbale reste totale ainsi que la cécité verbale et, par voie de conséquence, l'agraphie s'établit complète. L'*aphasie totale*, la plus fréquente de toutes, peut disparaître complètement, en quelques mois, après avoir évolué souvent en aphasie de Broca, puis en aphasie motrice pure ; la cécité verbale cesse enfin et le malade peut écrire, puis parler.

Cependant il est difficile de considérer le cas qui nous occupe comme une *aphasie totale*. Tout d'abord celle-ci s'accompagne toujours de troubles moteurs, tout au moins d'hémiplégie, éléments cliniques qui n'auraient pas été passés sous silence par le narrateur, même non médecin. En outre, l'*aphasie totale* ne débute pas si brusquement en pleine santé physique, et ne guérit pas aussi spontanément.

La même remarque s'impose au sujet des autres aphasies organiques, comme l'*aphasie de Broca*.

Le cas Zacharie paraît montrer quelques analogies avec l'*aphasie motrice pure*, improprement appelée *aphasie sous-corticale*. En effet, dans cette forme clinique de troubles du langage que l'on peut considérer comme la traduction de l'oubli des mouvements qu'il est nécessaire de faire pour articuler les mots, l'intelligence et le langage intérieur sont parfaitement conservés ainsi que l'image motrice des mots. Le malade, incapable de parler spontanément et même de répéter les mots qu'il entend, comprend tout ce qu'on lui dit; il est non seulement susceptible de s'exprimer par gestes, mais encore de traduire par des signes (épreuves classiques de Proust-Lichtheim, Dejerine) le nombre des lettres ou celui des syllabes d'un mot. Par conséquent, la lecture ainsi que l'écriture demeurent intactes bien que le malade reste muet, parfois entièrement. En outre, l'affection peut débuter d'emblée, fait qui reste toutefois assez exceptionnel.

Cependant, l'ensemble clinique de cette forme d'aphasie ne correspond pas exactement au cas qui nous intéresse. Car Zacharie donnait l'impression de ne rien comprendre du tout, et ensuite il a guéri instantanément après une courte période de *restitution* au cours de laquelle il a pu écrire ; chose qui lui semble avoir été impossible de faire pendant neuf mois.

On pourrait aussi songer, à cause de quelques particularités, à la possibilité d'une *aphasie sensorielle transcorticale* parce que, d'après Luc, Zacharie aurait écrit sur une tablette « Jean », après que la mère eut prononcé, à l'étonnement général, ce prénom. Mais, dans l'*aphasie sensorielle transcorticale*, on observe de la paraphasie, tandis que dans l'aphasie motrice transcorticale il reste loisible au malade de répéter les mots et de les écrire plus ou moins correctement sous la dictée, symptômes qui paraissent inconciliables avec les éléments cliniques que nous a transmis le narrateur.

Il est difficile de faire cadrer les faits, que nous a transmis l'histoire, avec les signes de l'*aphasie amnésique de Pitres* ou de l'*aphasie glosso-psychique de Storch* (1).

Dans la première forme le langage spontané reste très atteint, mais jamais entièrement supprimé, tandis que dans la seconde forme le langage devient paraphasique et l'écriture s'altère. L'amnésie ne porte d'ailleurs que sur certains mots, et le malade est obligé de s'exprimer par des périphrases tant qu'on ne lui souffle pas le terme qui fait défaut.

L'hypothèse qui paraît devoir être retenue avec le plus de chances de vraisemblance est celle d'un état d'inhibition fonctionnelle, décrite sous le nom d'hystérie, à l'époque où l'on pouvait encore prononcer ce terme sans déchoir.

L'*aphasie hystérique*, le *mutisme hystérique*, l'*aphonie hystérique* surviennent brusquement à la suite d'une émotion, et ces phénomènes, qui peuvent prendre l'allure d'une aphasie complète, guérissent soit par la psychothérapie, soit à la suite d'un nouveau choc émotif. On a observé ces troubles chez la femme comme chez l'homme (Natier), et les historiens de l'antiquité rapportent un certain nombre de faits de ce genre (Dejerine). Cette opinion, qui me paraît la plus plausible, est celle de Purves Stewart (2). Les troubles fonctionnels de la parole, l'aphasie, du moins l'aphémie et tous les degrés de l'aphonie s'observent chez les sujets que l'on qualifie actuellement de pithiatiques, — improprement d'ailleurs, — car les hystériques n'ont pas conscience du caractère illégitime de leurs troubles ; ils ne sont pas

(1) MARCEL HELLER, *Thèse Strasbourg*, 1932.

(2) P. STEWART, Le diagnostic des malades nerveux, traduction de E. Scherb, p. 122. Paris, Alcan, 1910.

VARIÉTÉS *(Suite)*

persuadés, dans le sens que l'on attache à ce terme, qu'ils sont ou ne sont pas malades ; le complexe morbide s'impose à eux, avec la conscience nette qu'ils ne sont pas capables de le modifier et que la maladie est intervenue malgré eux. La figuration des symptômes se trouve dans l'inconscient et non dans la conscience claire ; l'hystérique subit les troubles au lieu de se les commander. Et ce n'est pas la persuasion qui le guérit, mais les émotion suscitées chez lui par les actes médicaux (psychothérapie, procédés coercitifs, thérapeutique médicamenteuse, etc.) qui dissocient les complexes inconscients : une seconde émotion détruit ce qu'a créé un premier choc émotif.

Il s'agit donc de syndromes purement fonctionnels, c'est-à-dire qui ne sont pas conditionnés par des altérations anatomiques fixes, lésions par destructions, par réactions inflammatoires des centres ou des voies sous-corticales (comme dans la cécité verbale pure), mais qui s'ordonnent avec une symptomatologie régulière, d'habitude, comme si une fonction entière, commandée par un groupe synergique de muscles ou de conducteurs nerveux, était suspendue ou pervertie. C'est pourquoi on a songé, pour les expliquer, à des troubles de l'irrigation sanguine dans les noyaux bulbaires qui tiennent sous leur dépendance anatomique et fonctionnelle un ensemble d'actions physiologiques, troubles de l'irrigation causés par des spasmes, liés à l'émotion, des vaisseaux bulbaires, ou encore atteinte des centres par des phénomènes d'intoxication transitoire par le CO^2, sous l'influence de l'émotion (1). Ce qui demeure difficilement explicable, c'est la localisation des phénomènes si différente chez les sujets.

Dans l'angoisse se trouve réalisés les syndromes les plus divers, mais ressemblant par leur allure et leur évolution à ceux qui appartiennent à la pathologie médicale. Par exemple, certaines personnes sujettes à des accès d'asthme et qui en éprouvent de la terreur, localisent dans leur appareil bronchique leur aptitude à réagir par des spasmes asthmatiques, lors de leurs accès d'angoisse, à l'occasion d'une émotion-anxiété quelconque. Chez eux, l'angoisse déclenchera l'appareillage symptomatique plus ou moins complet, de jour comme de nuit, de la suffocation asthmatique, comme si l'anxiété, portée à son comble, se résolvait dans la déflagration d'un ensemble syndromique mis en action par l'attaque d'un appareil de commande. D'autres deviendront aphones. Plus rarement l'angoisse se traduira par une véritable aphémie, c'est-à-dire par l'impossibilité d'évoquer des mots, de les prononcer, et même de s'exprimer par gestes ou par des cris. L'aphémie se compliquera, dans ce dernier cas, d'aphasie fonctionnelle d'intonation.

Il est possible de concevoir des aphasies fonctionnelles complexes, sinon avec abolition du langage intérieur, du moins avec incompréhension du langage parlé, où il est difficile de reconnaître s'il y a surdité fonctionnelle ou état confusionnel donnant l'aspect clinique de la surdité verbale.

Les théories psychanalytiques semblent actuellement le mieux rendre compte des faits, car le terme *pithiatisme* ne traduit rien du tout, puisqu'il est d'abord inexact, comme on l'a dit plus haut, et qu'il ne peut expliquer des localisations si diverses des manifestations hystériques, lorsque l'imitation, la contagion hospitalière, la « culture » ne sont pas en cause.

Babinski a soutenu, au cours de controverses retentissantes, que l'émotion (émotion-choc) ne saurait, par elle-même, provoquer l'apparition de phénomènes hystériques, et que les accidents, uniquement suggérés par l'idée, par l'image, ne réalisent qu'un processus imaginatif. Babinski reconnaît, toutefois, que l'idée suggérée, cause des accidents, peut être soutenue par des états affectifs systématiques (2).

En réalité, on ne conçoit pas une idée sans élément affectif, sans ce qu'on appelle la charge affective. Même des représentations dépourvues tout à fait en apparence d'éléments affectifs, comme par exemple une notion de mathématique, peuvent, par le jeu des associations d'idées, éveiller dans la conscience claire et aussi plus profondément, d'autres concepts susceptibles de produire des mouvements émotifs, souvent très intenses suivant les dispositions du sujet. On en trouve la preuve dans les résultats fournis au cours des examens psycho-galvaniques où l'on enregistre, le plus objectivement qu'il est possible, des mouvements émotifs à l'occasion de représentations mentales, souvent très banales (3) pour l'observateur, mais riches d'intérêt pour le sujet soumis à la réaction. Le fait que les phénomènes hystériques surviennent inopinément sans qu'on saisisse une influence extérieure quelconque, soit par la contagion, l'imitation, la suggestion involontaire, ne saurait constituer une objection sérieuse contre ce qui précède, l'imitation, la suggestion n'ayant en réalité d'autre effet que de diriger l'incitation sur les centres nerveux commandant le jeu de tel ou tel organe.

(1) Freud insiste, on le sait, sur ce fait que l'angoisse traduit le retour, à la mémoire consciente, des impressions oubliées, éprouvées par l'enfant au moment de sa naissance, lorsque son hématose est troublée par les accumulations de CO.

(2) BABINSKI et J. DAGNAN-BOUVERET, Émotion et hystérie (*Journal de psychologie*, mars-avril 1912).

(3) E. GELMA, La réaction psycho-galvanique en médecine légale (*Presse médicale*, 1928).

VARIÉTÉS *(Suite)*

Parfois les phénomènes hystériques acquièrent leur fixité souvent définitive, à la suite de l'émotion-peur subie lors d'un état pathologique légitime. La crainte d'un retour de ces troubles fait qu'à chaque manifestation de l'anxiété à la suite d'événements les plus divers, le syndrome fonctionnel réapparaît. Une personne éprouve, lors d'une crise d'asthme nocturne, un sentiment d'anxiété bien légitime. A l'occasion d'une émotion quelconque elle ressentira un syndrome d'oppression et de dyspnée expiratoire qui ne pourra disparaître que par la survenue d'une impression nouvelle, en vertu du principe si utilisé dans la thérapeutique des troubles fonctionnels, qu'une émotion chasse l'autre.

Les psychiatres admettent, en général, que les symptômes hystériques sont la traduction de processus mentaux désagrégés de la conscience. Et cette dissociation se produit, chez certains sujets prédisposés, à la suite d'un traumatisme affectif plus ou moins violent, parfois difficilement saisissable à cause du peu d'importance apparente que revêt alors la cause du choc.

Les théories psychanalytiques font dériver les manifestations hystériques de phénomènes d'amnésie pathologique (Jones), amnésie qui passe inaperçue des médecins aussi bien que des malades. Pour Freud, tout symptôme hystérique recèle un sens, répond à une intention inconsciente, sert à satisfaire des dessins inconscients, le malade ignorant aussi bien le désir réprimé que la satisfaction de celui-ci. Les psychiâtres, qu'ils soient analystes ou non, ne reconnaissent pas, pour la plupart, dans les symptômes hystériques, des faits de simulation consciente, mais des manifestations, sur différentes fonctions organiques, de concepts inconscients.

Il serait évidemment téméraire de vouloir entreprendre l'analyse rétrospective du cas de Zacharie. Les documents sont trop peu abondants, on peut même dire inexistants pour cette sorte de recherche. Toutefois il semble bien que cette mutité, intervenue après une émotion, qui a duré un certain nombre de mois et qui a guéri subitement, apparaît, avec vraisemblance, comme une maladie fonctionnelle; il n'est guère possible de voir là un cas d'aphasie.

***

Le texte qui relate le mutisme du père de saint Jean-Baptiste ne reste pas seulement un sujet de controverse médicale, il est devenu la cause bien indirecte d'un événement important dans l'histoire de la musique. Un moine du Mont Cassin, *Paul Warnefried*, plus connu sous le nom de *Paul Diacre* (1), atteint, paraît-il, d'*aphonie*, recouvrit la voix lors de la fête de Saint Jean-Baptiste qui se célèbre le 24 juin. En reconnaissance, il écrivit, en l'honneur du fils de Zacharie, une hymne (2) insérée par l'Église dans l'office du saint, dont cette strophe qui fait, sans nul doute, allusion à cette guérison :

> *Ut* queant laxis
> *Re*sonare fibris
> *Mi*ra gestorum
> *Fa*muli tuorum
> *Sol*ve polluti
> *La*bii reatum
> Sancte *J*oannes.

Comme chacun de ces vers commence, dans la mélodie grégorienne, sur les degrés successifs de la gamme de *ut*, Guy d'Arrezo, moine bénédictin du XIe siècle, eut l'idée, on le sait, d'appeler les notes de musique du nom des syllabes de cette hymne qui leur correspond. Il obtint ainsi : *ut, ré, mi, fa, sol, la*. Le *si* est fourni par deux lettres de « sancte *J*oannes» qui, en tombant la première sur un *sol*, l'autre sur un *ut*, comme c'est le cas dans cette mélodie de plain-chant, donneraient, d'après Lavignac (3) (qui insiste sur cette coïncidence, curieuse prescience à une époque de musique unitonale où l'on ne connaissait peut-être pas, où l'on n'aurait pas employé la polyphonie), la note *si* sur un *sol* et un *ut* comme basses en mouvement de cadence parfaite (c'est-à-dire où la basse se porte de la dominante à la tonique). Sur la basse de *sol* on doit ainsi entendre l'accord $\frac{4}{6}$ *re sol si* qui se conclut, sur la basse de *ut*, par l'accord parfait *mi sol ut*.

La substitution de la syllabe *do* à celle de *ut* aurait été proposée, dans un but d'euphonie, par le musicien *Doni* au XVIIe siècle (Lavignac).

***

C'est en somme à l'événement rapporté par l'Évangéliste Luc, sur le père d'un personnage incontestablement historique, saint Jean-Baptiste (4), que nous sommes redevables d'une observation très ancienne de mutité transitoire, et des noms actuels de nos notes musicales.

(1) MABILLON, *Annales*, ch. 24, 25, 26. — ARNOLD WION, *Lignum vitæ*.

(2) DURAND DE MENDE, *Rationale*. — Dom JUMILHAC, *La science et la pratique du chant grégorien*, 1847, p. 110.

(3) A. LAVIGNAC, *La musique et les musiciens*, Paris, 1919, p. 456, et, pour la démonstration de la cadence parfaite avec l'accord de *si*, voir p. 312, 2e exemple.

(4) Il en est question dans un des ouvrages de l'historien Josèphe.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

INAUGURATION DU BUSTE ÉRIGÉ EN L'HONNEUR DE GILBERT BALLET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

Une journée de la session du Congrès des aliénistes et neurologistes qui voulaient honorer leur ancien Président était consacrée à l'inauguration



Buste de Gilbert BALLET.

du buste de Gilbert Ballet. La cérémonie eut lieu à l'École de médecine, en présence de Mme Gilbert Ballet, du Dr Ballet, frère du professeur que l'on honorait, et des membres de leur famille. Sur l'estrade avaient pris place les autorités de la ville : M. Raymondaud, directeur honoraire de l'École de médecine ; le professeur Euzière ; les représentants des Sociétés savantes ; les délégués étrangers. Sept orateurs prirent successivement la parole pour retracer, en des phrases magnifiques, la vie et les travaux de Gilbert Ballet, s'efforçant de faire revivre la personnalité si attachante du savant, dont le puissant rayonnement n'est pas près de s'éteindre. Le professeur Raymondaud parla au nom de l'École de Limoges ; le Dr René Charpentier lut le discours du professeur Laignel-Lavastine, au nom de l'Académie de médecine, retenu à Paris par une indisposition passagère ; le Dr Comby, au nom de la Société médicale des hôpitaux ; le professeur agrégé Lévy-Valensi, au nom de la Société de neurologie ; le professeur Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce, au nom de la Société de médecine légale ; le Dr Marchand, médecin-chef à l'asile Sainte-Anne, au nom de la Société médico-psychologique ; M. Talamon, du Conseil d'État, au nom des Limousins de Paris. Enfin le Dr Ballet, au nom de la famille, vint remercier dans une allocution émouvante.

A l'issue de la cérémonie, Mme Ballet et sa famille reçurent les hommages des personnalités présentes ; de nombreuses et belles gerbes furent posées au pied du monument, qui s'élève dans la cour d'honneur de l'École.

Gilbert Ballet.

Gilbert Ballet était né à Ambazac, le 29 mars 1853 ; il mourut à Paris le 16 mars 1916. Il fit ses premières études à Limoges et vint à Paris en 1872. Successivement interne des hôpitaux en 1875, chef de clinique à la Salpêtrière en 1882, médecin des hôpitaux en 1884, agrégé de la Faculté en 1886, auditeur du Comité consultatif d'hygiène publique et expert des tribunaux en 1888, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris en 1907, puis professeur de clinique des maladies mentales en 1909, enfin membre de l'Académie de médecine en 1912, il a franchi avec facilité et autorité tous les échelons de la hiérarchie universitaire et est mort à l'heure même où son talent et son prestige se trouvaient à leur apogée.

C'est sous les auspices de Charcot que Ballet entra dans la carrière médicale ; il appartint donc à cette école de la Salpêtrière qui projette un si grand éclat et, comme presque tous ceux qui furent les disciples choisis par le maître, il joignait à la science du neurologue et du psychiatre la finesse du psychologue, la pénétration du criminaliste et l'érudition du lettré.

Son œuvre, en effet, est des plus étendue.

Comme médecin légiste, Ballet eut un rôle particulièrement important. C'est en 1908, au Congrès de Lausanne, qu'il a exposé ses idées

---

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

relativement à la responsabilité des délinquants et criminels. Pour lui, la responsabilité ne saurait être une question d'ordre médical. Dans les expertises, le médecin légiste doit être uniquement soucieux du diagnostic et du pronostic, et il convient qu'il se borne à indiquer aux juges les anomalies physiques et psychiques et l'influence qu'elles peuvent exercer sur les faits et gestes des criminels. Avec raison, il insiste, en conséquence, sur les fâcheux effets pratiques du système de la responsabilité atténuée en matière de répression pénale, car il aboutit trop souvent, ce système, à une insuffisance notoire de la répression pour ceux chez lesquels elle pourrait exercer, sous la forme thérapeutique, une action parfois bienfaisante.

D'autre part, G. Ballet est intervenu de la manière la plus active et la plus heureuse, comme rapporteur à l'Académie de médecine, dans la discussion ouverte, sur l'initiative du Parlement, à propos de la loi de 1838 et du régime des aliénés, et il a été, avec Régis (de Bordeaux), un des fondateurs du service d'isolement des délirants, réservé aux psychopathes que l'on ne peut ni garder dans les salles communes, ni destiner à l'internement. Enfin, personne n'a oublié avec quelle ardeur il a combattu l'alcoolisme. Bien placé pour en apprécier les multiples et redoutables conséquences, il a lutté sans cesse, dans ses leçons, dans la presse, à l'Académie de médecine, en faveur de toutes les mesures capables de l'atténuer et de le restreindre, et fut le rédacteur des vœux transmis par cette Académie aux pouvoirs publics au moment du dépôt de la loi sur le régime de l'alcool.

Ballet fut un professeur remarquable ; orateur très éloquent, sa parole était claire et précise. Doué, d'ailleurs, d'une intelligence nette et souple, d'un caractère affable et égal, il exerçait sur tous ceux qui l'approchaient une réelle et bienfaisante emprise.

G. Ballet fut président du Congrès des neurologistes et aliénistes français, fondateur de la Société de psychiatrie et membre de nombreuses sociétés savantes. Ses principaux ouvrages sont : *Le langage intérieur et les formes de l'aphasie* (1886), *L'hygiène du neurasthénique*, *Leçons cliniques sur les psychoses et les névroses*, *Histoire médico-psychologique de Swedenborg*, *Traité de pathologie mentale* (1913), etc. Il dirigeait la *Revue de médecine légale et d'anthropologie criminelle.*

VARIÉTÉS

LA PSYCHIATRIE ET L'ANTHROPOLOGIE DANS LES PRISONS BELGES

Par le Dr G. ICHOK
Directeur des services municipaux d'hygiène et d'assistance sociale de Clichy (Seine).

La pitié et la sévérité sont des choses, sans doute aucun, excellentes, mais le rôle du médecin n'est pas seulement de s'apitoyer ou d'être sévère lorsqu'il se trouve en face d'un malade. Dans ce cas, il faut, surtout et avant tout, penser au dépistage précoce et au traitement efficace. A ce point de vue, les prisons offrent encore un vaste champ d'activité où la besogne à faire reste importante. Certains pays ont bien vu les graves lacunes, et la Belgique notamment s'est rangée au premier rang parmi ceux qui, à juste raison, ne considèrent point la punition comme le seul et unique but à atteindre.

Avant de donner des détails, empruntés au rapport de M. Caujole, fait en France, à la Chambre des députés, au nom de la Commission de l'hygiène, chargée d'examiner la proposition de résolution concernant la création d'annexes psychiatriques des prisons et de laboratoires d'anthropologie criminelle, rappelons que la criminologie belge a été, de tout temps, à l'avant-garde du progrès. Grâce à l'initiative heureuse de parlementaires comme Vandervelde, Janson, Carton de Wiart et de psychiatres comme L. Vervaek, le service anthropologique, a été fondé en 1907. Durant une première période d'expérimentation, son action se limita à l'étude scientifique des délinquants et, d'une manière officieuse, au traitement des malades et anormaux mentaux de la prison de Bruxelles. Elle se poursuit, ensuite, à la prison de Forest dès janvier 1911.

En 1920, c'est-à-dire treize ans après la première initiative, sur la proposition du ministre Vandervelde, un caractère officiel fut donné à cette innovation par un arrêté étendant l'activité du service d'anthropologie pénitentiaire à toutes les prisons du pays ; cet acte entraîna la création de laboratoires au siège des prisons les plus importantes et on en compte actuellement dix.

Pour pouvoir observer les détenus, soumis à une expertise mentale, de même que les condamnés atteints ou suspects d'affection nerveuse ou mentale, l'on créa une salle commune d'observation, dénommée « annexe psychiatrique », à côté des laboratoires, et aménagée à l'instar des services d'observation dans les asiles.

L'annexe constitue un petit quartier d'observation psychiatrique dans la prison. Son organisation est exactement celle d'une salle d'asile moderne ; elle dispose de moyens de surveillance

VARIÉTÉS *(Suite)*

et de traitement des plus efficaces pour la thérapeutique des cas de psychoses et de perturbations nerveuses rapidement curables. Elle se compose d'une salle de huit à dix lits communiquant directement avec des cellules d'isolement destinées aux malades agités ou difficiles. Des gardiens infirmiers, ayant généralement fait un court stage dans un asile, y assurent une surveillance de jour et de nuit. Deux détenus assistent ces gardiens, et leur intervention n'a suscité aucun inconvénient dans la pratique.

Le surveillant infirmier tient un registre journalier. Tous les incidents qui se sont produits dans les vingt-quatre heures y sont portés. Le médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, qui possède une formation psychiatrique spéciale et est habituellement un médecin d'asile, visite, chaque jour, les détenus. De plus, l'on prend une observation clinique complète pour chaque détenu, et ce document est mis à la disposition des médecins légistes qui sont chargés de l'examen mental des prévenus. Les experts peuvent demander le placement à l'annexe des détenus soumis à leur observation. Ajoutons que les malades sont généralement alités, mais, deux fois par jour, ils font de longues promenades au préau (une heure au minimum).

***

Contrairement aux prédictions pessimistes de quelques rares adversaires des réformes scientifiques, réalisées dans le régime pénitentiaire belge, l'expérience a démontré que nul inconvénient n'est résulté de la réunion, dans ce service psychiatrique où une stricte discipline est maintenue, de malades et anormaux, quelques-uns difficiles, quelques-uns dangereux, d'autres pervers. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'une sanction ait dû être prise à leur égard. Cette sanction, d'ailleurs, consiste dans le renvoi en cellule ordinaire d'un indiscipliné ou dans son placement pour quelques heures dans la « cellule nue », ainsi dénommée parce qu'elle est privée de tout mobilier.

On sera intéressé d'apprendre que ces sanctions ont dû être prises généralement à l'égard des prévenus ou condamnés qui avaient tenté de simuler la folie ou d'exagérer leurs perturbations nerveuses, ou bien encore s'étaient livrés à des réactions méchantes lors de l'échec de ces tentatives ou de la décision prise par le médecin de les renvoyer de son service.

En résumé, les simulateurs sont restés une grande exception, car le séjour à l'annexe psychiatrique ne peut à aucun point de vue être considéré par les détenus comme une faveur. Les seuls qui aient intérêt à y demander leur admission et à y rester sont les vrais malades. En ce qui concerne les malades mentaux agités, la balnéation prolongée et l'isolement dans une des chambres contiguës à la salle commune suffisent généralement à les calmer rapidement.

Le certificat d'entrée à l'annexe qui est envoyé au Parquet se borne à signaler, en termes généraux, la raison médicale de cette mesure (tentative de suicide, crises nerveuses, troubles mentaux, excitation, impulsivité morbide). Il relate les principaux symptômes constatés, et notamment leur caractère dangereux éventuel. Le médecin de l'annexe psychiatrique ne formule jamais son opinion au sujet des conclusions à déduire, au point de vue pénal, de l'observation mentale d'un prévenu, à moins que le juge d'instruction ne le requière d'une manière régulière, ce qui arrive fréquemment.

Excepté dans les cas urgents, c'est le médecin qui décide du placement d'un détenu à l'annexe d'observation psychiatrique. Le directeur et tous les membres du personnel pénitentiaire, notamment les médecins ordinaires, lui signalent les prévenus ou condamnés dont l'état mental leur paraît suspect et au sujet desquels ils ont recueilli des renseignements de nature à justifier leur observation mentale : collocation antérieure, commotion de guerre, cas d'aliénation dans la famille, etc... Il y a lieu de noter que les détenus qui ont tenté de se suicider, qui ont été atteints de crises nerveuses ou qui se livrent à des actes répétés d'indiscipline sont soumis d'office à l'examen du psychiatre.

Comme le prouvent les chiffres ci-après, le nombre de condamnés, et surtout de prévenus placés dans les annexes psychiatriques des prisons n'a cessé d'augmenter.

ENTRÉES DANS LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES
(De 1921 à fin 1926.)

Années.	Prévenus.	Condamnés.	Autres catégories. (passagers et vagabonds)	Totaux.
1921 à 1923 (1)	155	293	7	455
1924	114	169	17	300
1925	125	138	41	304
1926	158	164	68	390
Totaux	552	764	133	1 449

(1) Ces chiffres se rapportent à trois années.

Il est à souligner qu'en ces deux dernières années, le pourcentage des prévenus placés en observation, relativement à celui des condamnés,


STAPHYLASE
DU DOCTEUR DOYEN
SOLUTION CONCENTRÉE
DES PRINCIPES ACTIFS
DES LEVURES DE BIÈRE
ET DE VIN
ACNÉ
FURONCULOSE
ANTHRAX ET
TOUTES AFFECTIONS À
STAPHYLOCOQUES
LABORATOIRES LEBEAULT
5, RUE BOURG-L'ABBÉ, PARIS

VARIÉTÉS *(Suite)*

n'a cessé de s'élever. En 1926, il est sensiblement égal. L'on observera aussi le chiffre fort élevé, en 1925 et 1926, des détenus passagers ou de vagabonds, qui ont dû être maintenus en traitement dans le service psychiatrique de la prison en raison des troubles qu'ils présentaient. Plus de la moitié, reconnus aliénés, ont été internés.

*
* *

La durée de l'observation est très variable selon les cas ; pour les prévenus, elle ne dépasse généralement pas six semaines. Un certain nombre d'entre eux ont été maintenus en « traitement » à l'annexe psychiatrique en attendant la décision judiciaire, après avoir été soumis à une expertise mentale et trouvés atteints de crises nerveuses ou de tares mentales qui n'entraînaient, de l'avis des experts, qu'une atténuation de responsabilité. Ce séjour à l'annexe fut prolongé de plusieurs mois dans certains cas relevant de la Cour d'assises ou d'une juridiction d'appel.

Par le tableau ci-après, l'on pourra se rendre compte de la durée de séjour des détenus observés et traités dans une annexe psychiatrique :

ANNEXE PSYCHIATRIQUE DE LA PRISON DE FOREST.

(De juin 1923 à fin 1926.)

Séjour.	Prévenus.	Condamnés	Passagers.	Totaux
De moins de 11 jours	79	44	19	142
De 11 à 20 jours	74	32	5	111
De 21 à 30 jours	52	26	3	81
De 31 à 40 jours	29	15	1	45
De 41 à 50 jours (1)	19	9	2	30
De 51 à 60 jours (1)	9	6	1	16
Au delà de 60 jours (1)	20	11	»	31
Total..............	282	143	31	456

Si nous nous adressons aux prévenus, nous voyons que 83 p. 100 ont séjourné à l'annexe psychiatrique moins de dix semaines, 10 p. 100 moins de deux mois, 7 p. 100 plus longtemps, mais l'on remarquera que, sauf dans des cas exceptionnels, le maintien à l'annexe psychiatrique se justifiait exclusivement par une mesure de traitement médical.

En somme, la prolongation de l'examen a seu-

(1) Sauf de rares cas, l'expertise mentale était terminée et le prévenu maintenu à l'annexe psychiatrique dans un but thérapeutique

VARIÉTÉS *(Suite)*

lement été nécessitée dans quelques expertises mentales de prévenus atteints d'affections dont le diagnostic délicat a exigé de multiples recherches de laboratoire et de nombreuses enquêtes sociales et médicales de contrôle.

En règle générale, l'on peut prévoir que la durée de la mise en observation de prévenus faisant l'objet d'expertises sera de trois à six semaines ; parfois même, elle sera plus courte, lorsque les troubles nettement démentiels fixeront rapidement l'opinion du médecin légiste.

En ce qui concerne les condamnés, l'observation ne dépasse guère deux à trois semaines (53 p. 100 des cas). En l'occurrence, la constatation certaine de symptômes d'affections mentales ou de crises nerveuses permettra de proposer sans retard leur transfert dans les établissements thérapeutiques qui ont été créés pour le traitement de ces malades.

***

Il va de soi que l'œuvre des psychiatres ne peut guère s'arrêter à la porte de la prison. Aussi, certains organismes complètent-ils activement l'ensemble des réformes pénitentiaires inspirées de la conception anthropologique. Ces organismes comprennent les comités de patronage et les offices de réadaptation sociale et constituent « l'œuvre post-pénitentiaire ».

Dans les deux tableaux ci-dessous, l'on trouvera résumée l'activité des annexes psychiatriques et des laboratoires pénitentiaires :

ACTIVITÉ DES ANNEXES PSYCHIATRIQUES DE LOUVAIN, ANVERS, GAND, FOREST
(Depuis 1921 jusqu'au 31 décembre 1930).

Entrées :	
Détenus placés en observation ou traitement ..	3 536
Sorties (répartition) :	
Colloqués et transférés dans les établissements spéciaux	1 434
Réintégrés en cellule ou libérés................	2 024

ACTIVITÉ DES LABORATOIRES DEPUIS LEUR OUVERTURE
jusqu'au 31 décembre 1931.

Nombre de condamnés examinés :	
Hommes	19 102
Femmes..................................	2 216
Total....................................	21 318

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nombre de condamnés réexaminés (récidivistes :	
Hommes	3 582
Femmes	243
Total	3 825
Mineurs transférés dans les prisons-écoles	1 340
Mineurs non transférés	443
Adultes transférés	305
Détenus transférés dans les sections médicales :	
Épileptiques	292
Tuberculeux	312
Débiles mentaux	363
Nombre de rapports fournis :	
1° Pour la libération conditionnelle	5 288
2° Pour affections mentales ou nerveuses	6 016
3° Divers	4 897

En dehors des prisons-écoles de Gand (industrielle) et de Merxplas (agricole), l'on a créé des prisons thérapeutiques spéciales dans les endroits suivants :

a. Merxplas : La prison thérapeutique de Merxplas comprend :

1° Une section pour les condamnés atteints de crises nerveuses, en majorité épileptiques ;

2° Une section pour débiles mentaux paisibles et pour toxicomanes ;

3° Un sanatorium pour condamnés tuberculeux (prévenus et condamnés à courte peine).

b. Gand : Un quartier commun réservé aux anormaux dangereux et aux condamnés à qui leur état physique ou mental ne permet pas de subir la peine en cellule.

c. Reckeim : Une colonie-asile pour aliénés criminels non dangereux (renvoyés des poursuites, condamnés ou vagabonds).

d. Tournay : Un asile pour les malades mentaux à caractère dangereux.

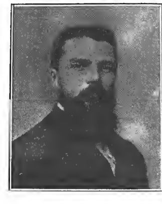
e. Forest : Pour les femmes condamnées de Bruxelles et de province, il existe à Forest une école ménagère dont les cours essentiellement pratiques sont appropriés à la condition des élèves et au milieu social auquel elles appartiennent. C'est à M. Legrand, directeur de l'établissement, que revient cette heureuse initiative.

NÉCROLOGIE

FÉLIX LEJARS (1863-1932)

Le 12 août, pendant les vacances, alors que tout le monde avait quitté Paris, le professeur Félix Lejars, qui, depuis sa longue maladie, se tenait volontairement effacé, s'en est allé presque seul à sa dernière demeure, comme s'il avait choisi ce moment pour quitter furtivement ce monde dont l'agitation et le bruit semblaient l'accabler.

Pourtant, il en est bien peu parmi ceux qui ont eu le courage ou la témérité d'aborder la voie des concours qui ont eu une carrière plus rapide et plus brillante Dès 1883, il était interne des hôpitaux. En 1887, on le nommait prosecteur. Quatre ans après il devenait chirurgien des hôpitaux et, l'année suivante, agrégé. Il avait mis huit ans à



Le Pr LEJARS.

franchir les échelons qui séparent l'internat de l'agrégation. Il n'était âgé que de 29 ans.

Il avait une puissance de travail peu commune au service d'une maturité précoce. Rien ne pouvait le distraire du but qu'il s'était assigné ; il disait lui-même que pendant toutes ses années d'étude, jamais il n'était entré dans un café et n'avait mis les pieds dans un théâtre.

Il avait conservé plus d'un trait de caractère des gens de la Beauce d'où il était. Le soleil trop radieux est une menace d'orage, le ciel clair une crainte de gelée, le vent une possibilité d'ouragan. On ne peut se fier qu'à soi. Rude au travail, dur pour lui-même, Félix Lejars pensait ainsi et n'acceptait rien sans quelque inquiétude ou méfiance. Aussi faisait-il tout par lui-même tant à l'hôpital que dans son cabinet. Il vérifiait, contrôlait et ne se fiait qu'à sa clairvoyance. Je le vis entrer un soir à l'heure où la bibliothèque de la Faculté allait fermer. Il venait vérifier une indication bibliographique donné par un de ses élèves et dont l'exactitude lui paraissait douteuse.

A cette façon de travailler, nous devons d'avoir conservé de lui des œuvres qui ont fait sa gloire et sa renommée mondiale. Son livre *Traité de chirurgie d'urgence* eut un succès exceptionnel. Il eut sept éditions successives et fut traduit en allemand, en anglais, en espagnol, en italien, en hongrois, en russe et même en japonais. Il avait le droit de dire dans son exposé de titres, quand en 1912 il se présentait à la chaire de pathologie externe : « J'ai mis dans ce livre le meilleur de ma pratique et de mon expérience et les services qu'il a pu rendre dans le monde entier sont une des joies de ma vie. »

Les recherches scientifiques de Félix Lejars ont porté sur bien des points. Ses travaux sur l'anatomie des veines de la plante du pied, de la capsule adipeuse du rein, sur l'innervation de l'émminence thénar sont restés classiques. En pathologie chirurgicale, il a touché à tous les sujets, mais, parmi les communications innombrables qu'il a faites, il faut garder une place à part à ses travaux sur la tuberculose des bourses séreuses et des lymphatiques et sur les traumatismes des vaisseaux artériels. Comme pour tous ceux de son époque, les questions de technique chirurgicale tenaient une place primordiale. La part qu'il prit dans l'étude de la chirurgie des voies biliaires fut des plus importantes. Mais chaque acquisition nouvelle cache les précédentes, et ces recherches, alors d'une grande valeur, se sont fondues dans le progrès croissant.

Un si rude labeur l'avait marqué avant l'âge, Sa taille s'était précocement voûtée, sa démarche appesantie. Ses traits sévères avaient pris une gravité plus grande à mesure que sa barbe et ses cheveux blanchissaient. Mais son interlocuteur restait frappé par la vivacité particulière des yeux qu'il tenait volontiers mi-clos et qui dans sa figure impassible prenaient tout d'un coup une acuité surprenante. Et puis, dans les dernières années, une maladie terrible ternit leur éclat. Il voyait encore pour se conduire, pas assez pour opérer. Quoi de plus pitoyable qu'un musicien devenu sourd, si ce n'est un chirurgien qui devient aveugle ! Il ne se montrait plus qu'à de rares intervalles et la tristesse de ses propos reflétait la tristesse de son cœur.

Comme beaucoup de ceux qui ne se donnent que difficilement, Félix Lejars était un sensible. Il estimait sans doute que les témoignages bruyants sont d'autant plus creux qu'ils sont plus sonores. Il réservait ses sentiments à quelques privilégiés, et ils étaient précieux parce qu'ils étaient rares et discrets. Pourtant il avait une grande indulgence pour les autres et il aurait dit volontiers comme Pascal : « On doit avoir pitié des uns et des autres ; mais on doit avoir pour les uns une pitié qui naît

NÉCROLOGIE *(Suite)*

de tendresse et pour les autres une pitié qui naît de mépris. »

C'était aussi un fervent du devoir. Il en avait poussé le sentiment au point le plus haut. On le retrouve tout entier dans un livre qu'il publia en 1923 : *Un hôpital militaire à Paris pendant la guerre.* Pendant toute la durée des hostilités, il fut chirurgien de l'hôpital Villemin. Ce serviteur dévoué et ardent des pauvres et des malades était devenu, tout d'un coup, par la force des événements, « un humble servant du devoir patriotique ». Il s'est défini lui-même dans ces quatre mots. Servir à la place qui lui était assignée avec toute l'ardeur et la conviction d'un cœur haut placé, ignorant les compromissions et les bassesses, servir pour être utile, utile aux malheureux, aux élèves, à la science : c'est le résumé de toute la noble vie de Félix Lejars.

RAYMOND GRÉGOIRE.

REVUE DES CONGRÈS

LA PREMIÈRE JOURNÉE DU CONGRÈS DE LA LITHIASE BILIAIRE A VICHY

Le Congrès international de la lithiase biliaire s'est ouvert lundi à Vichy, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique.

Plus de douze cents médecins se sont inscrits à ce congrès ; parmi eux se trouvent des savants illustres, dont la présence augmente encore l'éclat de la réunion.

Ce succès sans précédent est dû, certes, à l'heureux choix des questions à l'ordre du jour; il est dû surtout à la sympathie et à l'estime dont jouit son président, M. Paul Carnot; il est dû, aussi, aux efforts remarquables du comité d'organisation. Rien, enfin, n'aurait pu être réalisé sans le puissant concours de la Société fermière de Vichy. Dans le plus beau des cadres, elle a apporté à tous les détails de l'exécution ce souci de la perfection, de élégance et du bon ton qui sont de tradition dans la Reine de nos stations thermales.

La *séance inaugurale* a eu lieu dans la salle de théâtre du grand Casino.

Aux côtés du ministre avaient pris place M. le professeur Paul Carnot, président du Congrès ; M. le Dr Ray. Durand-Fardel, M. Léger, maire de Vichy, M. le préfet de l'Allier, puis les membres du bureau : MM. les professeurs Pierre Duval, Lœper et Villaret, le Dr Belot et le secrétaire général, le Dr Aimard, qui fut l'animateur dévoué et souriant du comité d'organisation. Les délégués étrangers représentant 41 notions entouraient le ministre ; parmi eux figuraient la plupart des présidents d'honneur du congrès : les professeurs von Bergmans (de Berlin) ; Chas Gordon Hey (de New-York) ; Hijmans Van den Bergh (d'Utrecht), Maranon (de Madrid) ; notre ami le professeur Sanarelli (de (Rome); les professeurs Achard et Hartmann.

Dans la nombreuse assistance, je note, au hasard des rencontres MM. J.-V. Donnet (de New-York) ; D.-P.-D. Wilkie (d'Edimbourg); F. Umber (de Berlin); Pavel (de Bucarest); J. Dieryck (de Louvain) ; R. Gilbert (de Genève) ; les professeurs Rathery, N. Fiessinger, Lenormant, Lemierre (de Paris) ; le médecin général Oudart, du ministère de la Marine ; les profeseurs Giraud, Rimbaud, Paul Delmas (de Montpellier) ; Bérard, Pic, Piéry, Cade (de Lyon) ; Lambret (de Lille) ; Cornil (de Marseille) ; Serr (de Toulouse) ; les Drs Lenoir ; Zimmern, membres de l'Académie de médecine; Fredet, Labey, D. Petit-Dutaillis, de Martel, Devraigne, Abrami, Chiray, Brulé, Harvier, Félix Ramond, Caroli, Gatellier, Etienne Chabrol, Ockinczyc, Baumgartner, Maingot, Henri Béclère, Delherm, Dausset, Buizard, Gaston Lion (de Paris) ; les professeurs Perrin (de Nancy) ; Merklen (de Strasbourg) ; David et Langeron (de Lille); Chassavent et Lebon (d'Alger) ; les Drs Petit (de Niort) ; Vernejoul, de Luna et Porcheron (de Marseille).

Enfin tous nos confrères de Vichy et, groupés autour de leur éminent président M. Fére, les dirigeants de la Compagnie fermière.

M. le président Carnot ouvre la séance; il salue le ministre et rappelle le grand rôle qu'il joua dans le redressement du service de santé pendant la guerre. Il souhaite la bienvenue aux délégués étrangers et définit le rôle important du congrès de la litiase biliaire.

M. le Dr Durand-Fardel parle ensuite au nom du corps médical de Vichy.

M. le professeur Hartmann, au nom des présidents d'honneur, félicite le comité d'organisation de sa parfaite réalisation; il le félicite surtout d'avoir eu l'idée de consacrer un congrès à la lithiase biliaire et de permettre ainsi de faire « le point » sur cette importante question.

Puis les délégués étrangers prennent tour à tour la parole. M. le professeur Von Bergmann (de Berlin) ; les professeurs Wilkie (Grande-Bretagne) ; Glaessner (Autriche) ; Weil (Belgique) ; Moloff (Bulgarie) ; Araujo (Brésil) ; Lepage (Canada) ; Calderon (Colombie) ; Nogueiras (Cuba) ; Abbas (Egypte) ; Maranon (Espagne) ; Gordon Heyd (Etats-Unis) ; Bensis (Grèce) ; Van den Bergh (Hollande) ; Cukor (Hongrie) ; Sanarelli (Italie) ; Matsuo (Japon) ; Narciso (Portugal) ; Danielopola (Roumanie) ; Rystetd (Suède) ; de Miéville (Suisse) ; Pelnar (Tchécoslovaquie) ; Akil Moukhtar (Turquie) ; Risquez (Vénézuéla) ; Michaïlovitch (Yougoslavie).

Le ministre de la Santé publique salue enfin les délégués étrangers : « Je suis persuadé, dit-il, qu'ils pourront dire aussi, après avoir vu notre peuple dans le calme fécond du labeur quotidien ,après avoir senti, au cours des discussions de ce congrès, le charme de la confraternité scientifique, que règne en France une ferme et tranquille volonté de paix et de progrès. »

En terminant son discours, le ministre retrace l'histoire de Vichy. « Depuis Mme de Sévigné, dit-il, des millions de baigneurs et de buveurs ont vérifié la vérité de l'origine du nom de Vichy que les linguistes tirent d'une racine celtique qui exprime l'idée d'un « pouvoir » au service du bien et d'une « vertu » particulièrement favorable. »

Un magnifique banquet de 1 200 couverts a eu lieu le soir dans les salons de Grand Casino, sous la présidence de M. Justin Godart, assisté de M. le professeur Carnot et de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. Fére, et ce fut pour les congressistes une nouvelle occasion d'apprécier l'élégance et le goût raffiné que les dirigeants de Vichy savent donner à toutes leurs réceptions et d acclamer les organisateurs de ce congrès.

— Nous donnons le compte rendu des travaux scientifiques du congrès. Mais nous ne voulons pas attendre pour féliciter nos amis Paul Carnot, Aimard et Descomps pour l'amabilité avec laquelle ils out facilité la tâche de la Presse. Que M. Fére et M. Baugnies, les éminents président et vice-président de la Compagnie fermière ; que M. Normand et le commandant Feuillade, toujours sur la brèche depuis six mois, reçoivent l'expression de notre gratitude pour toutes les prévenances dont, avec tant de bonne grâce, ils ont bien voulu entourer les congressistes.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Vichy, 19-23 septembre 1932.

Le Congrès international de la lithiase biliaire s'est déroulé à Vichy, sous la présidence de M. le professeur Paul Carnot, avec un succès éclatant, et le nombre des congressistes présents, qui a dépassé mille, montre les proportions grandioses que prit cette admirable manifestation ; il faut insister d'abord sur l'importance de la représentation internationale. De l'accueil chaleureux fait aux délégués des différentes nations, par la Compagnie fermière, est née une atmosphère de concorde et de sympathie qui a créé, dans l'esprit de chacun, au milieu des préoccupations politiques actuelles, une heureuse impression de détente.

La séance inaugurale fut présidée par Son Excellence le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart.

M. le professeur Carnot eut le premier la parole et, avec une éloquence sincère et chaleureuse, il fit ressortir tous les coucours auxquels le Congrès devait son succès, et il termina en exposant le programme des travaux.

M. le Dr Duraud-Fardel, au nom de la Société des médecins de Vichy, dit comment naquit l'idée de cette réunion internationale et, montant les titres de la station dans l'histoire thermale, nous fit assister au développement de son essor merveilleux.

M. le professeur Hartmann, président d'honneur, ravit l'auditoire, grâce à une improvisation d'une verve exquise.

Le délégué officiel de chaque nation prit ensuite la parole et présenta, au nom de son pays, les raisons de son attachement à la France, et ses vœux pour la prospérité du Congrès.

De l'ensemble de ces discours, se dégagea un émouvant appel de tous les médecins du monde à la concorde internationale, et nous ne pouvons omettre de rappeler, en une place particulière, les paroles du professeur von Bergmann, de Berlin, si élevées dans leur inspiration, et l'allocution généreuse du professeur Glaessner, de Vienne.

M. le ministre a clos cette séance inaugurale par un magistral discours où, ayant loué l'organisation du Congrès, il a terminé, entremêlant à des évocations historiques, le plus poétique hommage qu'on puisse décerner à la gloire thermale de Vichy.

***

La *première séance du Congrès* a été consacrée à l'étude médico-chirurgicale des séquelles de la cholécystectomie.

Voici le résumé très succinct des rapports qui ont été présentés sur ce sujet.

JOHN-VICTOR DONNET (New-York). — L'auteur, dans son rapport sur la *pathogénie des séquelles de la cholécystectomie*, s'appuie sur une étude précise des conséquences physiopathologiques de l'ablation expérimentale de la vésicule biliaire.

Il décrit successivement la dilatation de la voie principale et du moignon du cystique, les conséquences histologiques de cette ectasie et les troubles qui en résultent dans la kinésie des voies biliaires. Ces modifications dans l'excrétion de la bile entraînent en outre une imperfection dans le métabolisme des graisses et des substances azotées.

Ses recherches personnelles, enfin, montrent une augmentation de la virulence de la flore microbienne intestinale à la suite des cholécystectomies qu'il a pratiquées chez le lapin. S'appuyant sur l'ensemble des travaux qu'il rapporte, l'auteur conclut, au point de vue pratique, que l'ablation de la vésicule biliaire n'est justifiée que dans les cas où une atteinte pathologique en a, au préalable, profondément modifié la fonction.

Professeur DAVID WILKIE (Edinburg). — Étudie les résultats de la cholécystectomie d'après sa belle statistique personnelle qui comporte 652 cholécystectomies pratiquées avec une mortalité de 2,4 p. 100 (elle est de 0,5 p. 100 pour les cinq dernières années).

Les résultats de l'exploration de la vésicule biliaire sont uniformément bons dans le cas que l'auteur appelle « obstruction cholécystique aiguë ». Quand, au contraire, ce sont les symptômes dyspeptiques sans coliques vésiculaires qui dominent au moment de l'intervention, les résultats sont satisfaisants, mais des troubles de la digestion des graisses persistent dans un certain nombre des cas.

L'auteur rapporte ensuite une série de remarquables observations où la cholécystectomie a amélioré des lésions toxi-infectieuses à distance d'origine biliaire, myocardite toxique, rhumatisme articulaire, néphrite albumiuurique.

A. GOSSET et A. PETIT-DUTAILLIS. — Les auteurs pensent qu'on a tendance, actuellement, à exagérer l'importance et la gravité des séquelles de la cholécystectomie.

Mis à part les troubles liés à des associations morbides (ulcère du duodénum, appendicite chronique, etc.), les symptômes post-opératoires, en rapport avec le foie et les voies biliaires (dyspepsie hyposthénique, tendance à la diarrhée, douleurs de l'hypocondre droit) sont, non pas des conséquences de l'intervention, et paraissent liés moins à des adhérences duodénales qu'à des lésions résiduelles du côté du foie, du cholédoque ou du pancréas.

Gosset et Petit-Dutaillis étudient ensuite dans le détail les indications opératoires qui découlent des

séquelles sérieuses, à savoir les récidives de colique hépatique, avec ou sans calcul du cholédoque, les fistules biliaires, les péri-duodénites dont l'importance semble avoir été fort exagérée ; ils dressent enfin un tableau du plus haut intérêt dans lequel les résultats éloignés sont rapprochés des lésions trouvées au cours de l'intervention. Il en ressort que les suites post-opératoires sont excellentes dans la plupart des cholécystites calculeuses non suppurées ou suppurées, dans les hydro-cholécystites avec calcul enlevé du cystique ; ils sont excellents également, d'après ces auteurs, dans les cas où fut trouvée une vésicule fraise typique ; mais, pour ce qui est des cholécystites chroniques non lithiasiques, les résultats éloignés apparaissent médiocres là où il n'y avait pas de lésion pariétale importante de la vésicule.

Dans les faits de cet ordre, exclusivement, Gosset et Petit-Duraillis trouvent des indications à une cholécystostomie surtout quand le contenu biliaire paraît contaminé du fait d'éliminations microbiennes secondaires à une infection générale (grippe, érisypèle, staphylococcémie).

Pour tous les autres cas, ils maintiennent l'indication exclusive de la cholécystectomie.

GASTON GIRAUD (de Montpellier). — **Thérapeutique médicale et hydrologie.** — Pour l'auteur, la cholécystectomie peut écarter seulement l'éventualité des complications vésiculaires locales de la lithiase, mais l'opéré conserve le même fonds dyscrasique humoral et surtout une fragilité hépatique, une infection glandulaire latente et une irritabilité du système nerveux végétatif.

Gaston Giraud étudie minutieusement les moyens *thérapeutiques* qu'on peut opposer à la persistance de ces phénomènes morbides (diététique, chimiothérapie, physiothérapie, crénothérapie, etc.), et il conclut que la mise en œuvre de ce traitement ne doit pas attendre qu'apparaissent les manifestations post-opératoires elle s'impose dès le lendemain de l'intervention et constitue de la sorte le véritable traitement préventif des séquelles de la cholécystectomie.

Dr HENRI BÉCLÈRE (de Paris). — La radio combinée à l'injection de lait baryté dilué donne des renseignements souvent très utiles sur la topographie et la cause des fistules biliaires post-opératoires. Dans les cas heureux, les rayons X, d'autre part, permettent de révéler la présence des calculs cholédociens oubliés.

Mais la part du radiologue est le plus souvent de préciser la situation et l'importance des adhérences hépato-duodéno-coliques consécutives à la cholécystectomie.

On lit, dans le rapport de Béclère, une très précieuse étude sur la configuration normale du duodénum qui permet de juger la valeur sémiologique des modifications apportées par l'intervention dans la forme et dans le fonctionnement du bulbe et des portions suivantes.

Mais l'auteur s'empresse d'ajouter qu'en dehors des strictures serrées du genus supérieur, par exemple, l'examen d'un grand nombre de malades montre qu'il n'y a pas de correspondance entre les signes fonctionnels et les déformations radiologiques observées.

La discussion qui suivit fut marquée par les interventions suivantes :

M. PAVEL (de Bucarest) montre que dans les circonstances exceptionnelles chez l'homme, le moignon du cystique pouvait récupérer son pouvoir concentrateur et contractile.

M. FEISSLY (Lausanne) pense que le déficit dans l'assimilation des graisses est moins grand après la cholécystectomie chez l'homme, qu'après la cholésystectomie expérimentale.

M. FRUMERIE (Suède) insiste sur l'importance des lésions pancréatiques, après la crise de colique hépatique, par l'augmentation du pouvoir diastasique du sang.

M. KREMER (Varsovie) indique ses tentatives de déblocage du cholédoque, grâce à des injections rapprochées de morphine et d'eau bi-distillée combinée.

M. VON BERGMANN (de Berlin) est heureux de voir diminuer le rôle pathogénique des adhérences dans les séquelles de la cholécystectomie, au profit des lésions inflammatoires des voies biliaires, et surtout de la pancréatite.

M. O. PRIBRAM (Berlin) voit deux causes principales aux séquelles de la cholécystectomie : d'une part, les troubles dans les fonctions du sphincter d'Oddi, et le rôle de l'hépatique.

Le jeu papillaire est troublé par la suppression du réservoir vésiculaire qu'il règle.

Si les troubles n'éclatent que tardivement, c'est en raison de la nécessité d'un facteur second qui est la réactivation d'une infection latente de la bile.

D'autre part, la persistance des troubles s'explique par ce second fait que beaucoup d'opérés étaient plus atteints d'une inflammation du foie que d'une inflammation du cholécyste.

M. H. VILLARD (de Lyon) trouve exagérée l'importance donnée aux séquelles de la cholécystectomie. Pour lui, elles sont évitées dans la plupart des cas, grâce à une bonne technique qu'il précise, et surtout à de bonnes indications qui consistent surtout à éviter les interventions en cas de pseudo-lithiase.

Il apporte sur ces points les résultats de son expérience étendue, publiés dans la thèse de son élève Duclos.

M. CUKOR (de Budapest) précise les indications de la cholecystectomie, et insiste sur les nécessités de la collaboration médico-chirurgicale dans leur traitement.

M. DE MARTEL (de Paris) pense que l'on ne saurait exagérer la difficulté du traitement chirurgical, dans certaines des séquelles de la cholésystectomie (sclérose cicatricielle du cholédoque, en particulier).

MM. BÉRARD et MALLET-GUY font une longue étude physiologique et chirurgicale des séquelles de la cholécystectomie qui doit être lue dans son texte intégral.

Ils montrent que le tubage duodénal en permet l'analyse physiologique. Pratiqué chez des cholécystectomisés bien guéris, il indique le type normal de l'excrétion biliaire : ses caractéristiques (dilatation de la voie principale et microbisme biliaire) sont celles qu'annonce l'expérimentation. Il donne une réponse différente dans les suites pathologiques et affirme alors un syndrome de stase biliaire correspondant à la dilatation progressive de la voie principale et à l'exaltation de la flore microbienne.

Le traitement préventif de ces troubles, ainsi définis comme la conséquence d'une viciation de l'excrétion biliaire, est réalisé par un choix précis des indications

de l'ectomie. Le traitement médical (tubage duodénal et cure hydrominérale) suffit, le plus souvent, à atténuer ces troubles fonctionnels qui ne constituent que de rares indications d'opérations itératives.

M. MOXO relate une observation où de grands vomissements ont été guéris par l'ablation d'une vésicule non calculeuse.

M. LAMBRET (de Lille) estime qu'il est regrettable que, dans ce Congrès, qui a pour objet la lithiase biliaire, on ait étendu la question des séquelles de la cholécystectomie aux cas où on la pratique pour des affections non lithiasiques, car, autant ses résultats sont régulièrement bons dans cette première affection, autant ils sont aléatoires dans les autres.

Dans le cholécyste lithiasique, l'opération donne d'excellents résultats; pourtant, on ne peut pas dire qu'il n'y a jamais de séquelles. Celles-ci sont fausses ou vraies.

Dans les *fausses*, la cholécystectomie n'est pour rien.

1° Elle laisse des lésions résiduelles du foie.

2° De même, elle n'agit pas sur les maladies associées telles que l'appendicite, la ptose gastrique, etc.

Les *vraies* séquelles sont graves ou légères. Les graves : lésions du cholédoque, sténoses cholédociennes et pyloriques, sont devenues rarissimes avec les progrès de la technique et des indications.

Les légères sont le fait de la suppression du réservoir vésiculaire et de la production d'adhérences.

Les premières durent deux ou trois ans, temps nécessaire pour l'adaptation de l'arbre biliaire à la nouvelle condition de son fonctionnement.

Les secondes disparaissent toujours, elles aussi, avec le temps.

La cholécystectomie est une bonne opération dans la lithiase biliaire, mais après elle, les malades doivent, pendant plusieurs années, suivre un régime et faire des cures régulières à Vichy. Même s'ils ne le font pas, leur situation est transformée par l'opération, et il n'y a aucune comparaison possible avec l'état antérieur. Sans compter la mise à l'abri définitive des complications infectieuses et du cancer.

***

La deuxième séance plénière du Congrès international de la lithiase biliaire est consacrée au traitement médical et hydro-minéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.

MM. CHIRAY et J. PAVEL. — **Les indications du drainage médical dans le traitement de la lithiase biliaire.** — Si le *drainage médical* des voies biliaires ne peut amener la guérison de la lithiase vésiculaire et la guérison des calculs, il est indéniable que, dans la pratique, on observe, grâce à cette thérapeutique, une amélioration remarquable des troubles dyspeptiques d'origine biliaire et de l'état général des malades.

Ce traitement est particulièrement recommandable dans tous les cas de cholécystite lithiasique, si l'intervention paraît devoir être redoutable. Mais, quand il y a en plus infection intense de la vésicule, il est difficile de compter sur les résultats des tubages, d'ailleurs mal supportés par des malades affaiblis, mais on peut obtenir, parfois, d'utiles améliorations passagères.

Au cours de la lithiase du cholédoque, il est encore malaisé de dire si l'on peut compter sur les traitements de force préconisés par Allard, Schœndube, Brugsh, qui, par l'emploi de grosses quantités de sulfate de magnésie ou par des injections combinées de dérivés atophaniques, de lobe postérieur d'hypophyse, d'histamine, cherchent à provoquer l'expulsion du calcul hors des voies biliaires dans l'intestin. Mais la méthode ordinaire du tubage médical conserve ses indications essentielles dans le traitement post-opératoire de la lithiase cholédocienne, où il est capable de réduire les poussées de fièvre et d'ictère, et dans les séquelles de la cholécystectomie où il peut faire disparaître les crises douloureuses et les troubles dyspeptiques résiduels.

Dr E. CHACROL. — **Médication cholétérique.** — L'auteur donne une définition de la cholérèse, précise l'indication et l'emploi des cholérétiques, les repousse en cas d'ictère où, pour lui, le facteur mécanique domine dans presque tous les cas.

Il les prescrit surtout dans le traitement de la cholémie latente des lithiasiques.

Ses nombreux et beaux travaux expérimentaux lui permettent de préciser la valeur de chacun des cholérétiques employés en pratique médicale : substances chimiques, eaux minérales.

En clinique, il convient de distinguer :

1° Les cholérèses d'urgence, par voie veineuse, qui s'appliquent aux lithiases infectées, au lendemain de l'intervention chirurgicale ;

2° Les cholérèses légères et intermittentes que l'on peut conseiller par voie buccale à la majorité des lithiasiques dans l'intervalle des crises.

Dr P. ABRAMI. — **La désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale.** — Si l'on se représente que, pour obtenir une antisepsie biliaire idéale par la thérapeutique médicale, il faut détruire une infection qui, loin d'intéresser seulement la bile, est enfouie dans les calculs, est ancrée dans les parois du cholécyste et s'étend en outre à l'ensemble des parenchymes extra-hépatiques, si l'on se représente, de plus, que la source de cette infection est d'origine sanguine et a son point de départ dans le milieu intestinal, on se rend compte des difficultés que rencontre, en pratique, une tâche aussi étendue.

Il faut ajouter que les moyens dont nous disposons ne se révèlent pas expérimentalement comme ayant une efficacité suffisante ; ni la vaccinothérapie, ni la sérothérapie n'ont une action bien sûre contre les germes du groupe coli-strepto habituellement en cause.

Il y a sans doute plus à espérer de l'antisepsie ionique qui rend, par alcalinisation, la bile impropre à la culture de certaines germes, mais ces considérations théoriques ne doivent pas éloigner le praticien des moyens médicaux de désinfection biliaire qui semblent avoir fait leurs preuves et qui réalisent sinon la stérilisation rêvée, tout au moins la mise en sommeil de l'infection, les malades n'étant plus que des porteurs de germes. Mais ces procédés devront toujours être associés au traitement plus efficace du drainage dse voies biliaires par tubage et l'emploi des cholérétiques.

Professeur UMBER (de Berlin). — Le professeur Umber, s'exprimant avec une remarquable aisance en langue française, montre d'abord combien tout progrès scientifique réalise une union internationale, et il met en lumière

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'importance des travaux franco-allemands dans la question de la lithiase biliaire.

On sait que Umber est le promoteur d'une thérapeutique qui utilise les injections combinées de sucre et d'insuline pour lutter contre les lésions destructives du parenchyme hépatique.

L'étude approfondie de l'atrophie jaune aiguë primitive du foie lui a montré que les alérations cellulaires étaient le fait d'une autolyse comparable à l'autolyse cadavérique, que le déclenchement de ce processus provenait de la disparition du glycogène qui joue normalement une rôle protecteur à l'égard des toxines, des poisons, et à l'égard même des propres ferments sécrétés par la cellule hépatique.

Pour lutter contre cette auto-digestion, l'auteur a entrepris de recharger par le moyen de l'insuline la cellule hépatique en glycogène. De merveilleux succès, dont certains semblent avoir été de véritables résurrections, ont démontré la valeur de cette méthode.

Or, dans la lithiase biliaire, l'infection et la stase associée réalisent de graves lésions dégénératrices parenchymateuses, et l'auteur n'hésite pas à dire que tout ictère prononcé est d'origine hépato-cellulaire. On comprend de la sorte combien souvent il paraît indiqué, en pratique, d'utiliser la *parenchymschutzthérapie*, soit isolément, soit comme traitement pré ou post-opératoire.

MM. Piéry et Milhaud montrent les difficultés de l'étude expérimentale des eaux minérales sur le contenu de la vésicule biliaire.

Les eaux bicarbonatées sodiques et les eaux bicarbonatées chlorurées magnésiennes ont une action cholérétique.

Les eaux chlorurées sodiques ont une action cholagoque. Quelques autres eaux déterminent un changement du pouvoir de concentration de la vésicule : eaux bicarbonatées sodiques, bicarbonatées calciques ; chlorurées sodiques ; chlorurées sulfurées sodiques ; chlorurées bicarbonatées, sulfatées calciques et magnésiennes .

A noter enfin que certaines eaux minérales, bien qu'ayant une action complexe, jouissent d'une propriété dominante : action sur le contenu de la vésicule biliaire des eaux bicarbonatées sodiques ; action cholécystokinétique prédominante des eaux sulfatées magnésiennes.

Quant à l'importance et si utile action des eaux minérales sur la fluidification de la bile, elle semble relever surtout des eaux bicarbonatées sodiques, chlorurées sodiques, chlorurées bicarbonatées sodiques, carbogazeuses ; sulfatées sodiques et magnésiennes ; sulfatées bicarbonatées chlorurées.

Il est inutile d'ajouter que la plupart de ces notions réclament encore confirmation du laboratoire et de la clinique étroitement conjugués.

Drs Delherm et Dausset font un exposé très complet des resources multiples offertes par la physiothérapie.

La plus importante d'entre elles est la diathermie qui a, dans la lithiase biliaire, de multiples indications, mais dans l'emploi de laquelle on doit revenir aux doses faibles.

Dans les cas douloureux rebelles, on doit recourir à la radiothérapie.

Les rapporteurs montrent tout l'intérêt de certaines méthodes trop oubliées : cataplasmes mats et humides, douches hépatiques,

Si l'action de la physiothérapie est à rejeter dans les poussées d'ictère, même en cas d'accidents aigus, tels que la colique hépatique, la diathermie et les enveloppements humides sont souvent des moyens curatifs efficaces.

Les auteurs analysent le mode d'action complexe des moyens employés : modification du régime circulatoire, modification de l'équilibre électro-ionique des cellules, reflexothérapie dans la zone métamérique, etc.

A la discussion ont pris part :

M. Lenoir (de Paris), qui présente l'observation d'une malade qu'il suit depuis vingt-huit ans, et qu'il a guérie, grâce au tuage duodénal, de poussées de fièvre et d'ictère, avec mauvais état général.

M. Mann (de Trieste) rapporte deux observations analogues, suivies de guérison.

M. Sarles (de Marseille), rapporte les excellents effets du dranage médical dans plus de 120 observations, et analyse les causes des incidents exceptionnels qu'on peut observer.

M. Friedrich (de Budapest) insiste sur la zone reflexogène optima située au niveau de la papille, et sur la nécessité de vérifier la position de l'olive à l'écran.

Une solution de glucose hypertonique peut remplacer avantageusement le sulfate de magnésie.

M. Mogena (de Madrid) recommande, à son tour, le tubage duodénal avant et après la chloécystectomie.

M. Stern (de Carlsbad) apporte les preuves de l'action cholérétique de la diathermie pratiquée en position élevée du bassin avec fort chargement de l'électrode ventrale.

M. Paillard (de Vittel) insiste sur l'importance du traitement associé de la stase intestinale.

Il se déclare partisan de l'auto-vaccinothérapie par voie buccale dans le traitement des cholécystites.

M. Hymans van den Bergh (Hollande) préfère au drainage médical par tubage le traitement hydro-minéral.

Il insiste sur les dangers d'une temporisation excessive en cas de cholécystite calculeuse, en raison de la fréquence relative du cancer des voies biliaires, et du retentissement de l'affection sur l'état général et le système nerveux des malades.

Il résume brièvement ses études récentes sur la présence de porphyrine dans le sérum sanguin des malades atteints d'ictère par obstruction, étude dont il ne se permet pas encore de tirer des conclusions pratiques définitives.

M. Jacquet (Paris) apporte les résultats de son expérience sur l'action de l'urotropine intraveineuse.

Il insiste sur la nécessité du traitement ambulatoire, particulièrement précieux dans les poussées de cholécystites saisonnières, observées avec une grande fréquence, chez la femme.

M. Kremer (Varsovie) réhabilite, au nom d'une pratique étendue, l'efficacité de la vaccinothérapie dans la cholécystite calculeuse.

M. Maranon (de Madrid) insiste sur le rôle des glandes endocrines sur la teneur en glycogène du foie, sur certaines acidoses par hydroglycogénie (Basedow) qui permettent d'entrevoir, à côté de l'action de l'insuline comme thérapeutique protectrice du foie, le rôle que devra bientôt jouer en thérapeutique, l'emploi de l'hormone corticale surrénale.

M. Fiessly (Lausanne) montre que l'idéal, pour l'anti-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sepsie des voies biliaires, serait la découverte d'un corps qui, s'éliminant par les voies biliaires, comme le tétraiode, posséderait en plus une efficacité antiseptique.

M. RONDONI (de Milan) apporte un ensemble de recherches chimiques et cliniques, très complet, sur l'action des eaux de Montecatini.

M. ZIMMERN (de Paris) fait un exposé d'ensemble sur le rôle et l'action de la diathermie, sur la nécessité du retour à doses faibles, et sur la variabilité de la tolérance individuelle.

M. STERN (Carlsbad) apporte la démonstration du pouvoir cholérétique de la diathermie pratiquée en position élevée du bassin avec forte charge ventrale.

M. AIMARD (Vichy), qui a préconisé le premier la thérapeutique diathermique dans les affections vésiculaires, montre l'avantage des doses modérées qu'il a initialement prescrites ; montre que la tolérance à l'égard du traitement est fonction de la corpulence du sujet ; il préconise le traitement dans le décubitus abdominal.

***

La troisième séance plénière est ouverte le jeudi 22 septembre 1932, par M. le professeur Carnot qui appelle successivement à la présidence : MM. les professeurs Umber, de Berlin, Glaessner, de Vienne, Pelnar, de Prague, et Weil, de Bruxelles.

Les rapports étudient la participation du foie dans la lithiase biliaire.

Le professeur NOEL FIESSINGER *envisage le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase.*

L'auteur, d'une étude d'ensemble, sur la formation des calculs, dégage le rôle primordial du foie dans la pathogénie de la lithiase.

Ce rôle réside dans l'élaboration d'un noyau organique et pigmentaire d'abord, puis dans la sécrétion d'une bile instable, soit en raison d'une forte charge pigmentaire, soit en raison d'une hypocholalogénie entraînant la cristallisation de la cholestérine. La vésicule n'intervient que secondairement en tant que facteur de stagnation concentrante, et l'infection pour les calculs mixtes, les plus fréquents, favorise à leur surface la précipitation des sels de chaux.

Mais, non seulement la lithiase vésiculaire est une maladie à point de départ hépatique, mais elle est aussi une maladie à retentissement hépatique.

Professeur agrégé M. BRULÉ. — **L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale.** — L'auteur s'élève contre le rôle principal qu'on a voulu faire jouer à l'hépatite, dans la genèse de l'ictère au cours du calcul du cholédoque. Il discute les données expérimentales sur lesquelles on a prétendu s'appuyer. L'infection n'agit qu'en tant que facteur de cholédocite, localisée autour du calcul, et complétant l'obstruction mécanique.

L'auteur étudie ensuite les différents aspects cliniques de la lithiase cholédocienne, le polymorphisme des ictères dans cette affection, l'intérêt de suivre attentivement les variations du volume du foie, les difficultés du diagnostic avec les cirrhoses hypertrophiques ictérigènes.

L'auteur insiste sur l'intérêt thérapeutique du tubage duodénal, qui permet dans tous les cas, sinon d'expulser les calculs, du moins d'opérer des malades déjaunis et sans fièvre.

Professeur agrégé P. HARVIER et J. CAROLI. — **Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques.** — Les auteurs pensent qu'on peut attribuer dans les cholécystites aux lésions satellites du foie, l'élévation observée de la bilirubine.

D'autre part, au cours de la lithiase, on peut, quoique exceptionnellement, être en présence de rétention biliaire intense, survenant en dehors de tout obstacle sur les voies excrétoires, et relevant des lésions centro-lobulaires d'atrophie subaiguë du foie.

Certains ictères, plus légers, plus fugaces, survenant également en dehors de toutes lésions importantes du cholédoque, semblent liés à des altérations hépatolytiques parcellaires.

L'ictère du calcul du cholédoque est souvent entièrement comparable dans sa genèse, et dans son retentissement hépatique, aux ictères les plus mécaniques, mais, d'autres fois, les lésions d'hépatite semblent jouer un rôle important dans la genèse de l'ictère, dans sa persistance après l'opération; la gravité de cette hépatite fait qu'elle doit être reconnue et combattue avant d'intervenir.

M. J. DIERYCK. — Le rapport de J. Dieryck (de Louvain) est un travail considérable, où l'auteur a cherché beaucoup moins à être complet dans l'exposé des méthodes de technique, permettant l'exploration de chacune des fonctions hépatiques, qu'à mettre en valeur les plus aisément réalisables en clinique.

Cet exposé pratique l'amène à donner la préférence à l'épreuve de la galactosurie provoquée, à condition d'étudier les concentrations partielles, et il montre la valeur de cet examen pour le diagnostic différentiel des ictères par hépatite et des ictères mécaniques, ainsi que pour établir le pronostic des lésions parenchymateuses.

Professeur GILBERT (de Genève). — **Les méthodes radiologiques d'exploration du foie dans la lithiase et l'ictère lithiasique.** — Ce rapport constitue la mise au point la plus précieuse que nous ayons, des progrès récents accomplis dans l'exploration du foie et des voies biliaires.

L'auteur montre comment les perfectionnements de la méthode de Graham permettent d'obtenir des images plus fidèles et rendent compte de ses anomalies fonctionnelles.

L'étude même de cette excrétion vésiculaire permet d'espérer une réalisation plus fréquente de radiographies cholédociennes, qui permettront une étude radiologique des ictères par rétention, encore embryonnaire aujourd'hui.

Signalons la merveilleuse iconographie illustrant ce rapport.

Professeur GATELLIER. — **Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique.** — Gatellier rappelle les merveilleux progrès accomplis par la chirurgie depuis l'opération initiale de Langenbuch, en 1884, progrès réalisé principalement grâce au drainage hépatiques de Kehr.

Il reste cependant des déboires dans cette chirurgie de la rétention biliaire ; il faut les attribuer à l'éventualité d'une hépatite intense surajoutée. Les lésions parenchymateuses doivent être recherchées avant l'intervention, par les moyens de la clinique et du laboratoire. Il faut tenter, avant d'opérer, de pallier à leur danger par l'emploi systématique du tubage duodénal, par les désinfec-

tauts de la bile, de l'insuline et les injections d'extraits hépatiques.

La discussion de ces rapports donne lieu aux interventions suivantes :

M. UMBER (de Berlin) insiste sur la rareté des calculs cholestériniques purs auxquels Aschoff donne le nom de calculs métaboliques ; il fait observer au professeur Noël Fiessinger combien lui apparaît fréquente l'infiltration secondaire des calculs par la cholestérine à travers leur enveloppe calcique. Il remarque aussi que la clinique française lui paraît avoir donné une trop grande importance à l'hypercholestérinémie dans le diagnostic de la lithiase biliaire.

Il répond à M. Brûlé que, s'il est indiscutable que le seuil d'excrétion de la bilirubine est très bas chez le chien, c'est ce qui fait la moins grande gravité du retentissement parenchymateux de la stase biliaire chez cet animal que chez l'homme.

Pour lui, chaque ictère prononcé est en partie d'origine hépato-cellulaire, même au cours des obstructions mécaniques. Il montre que l'affection qu'il a décrite abec Naunyn, sous le nom de cholangie, réalise des hépatomégalies et des tableaux cliniques comparables aux observations contenues dans le repport de Harvier et Caroli.

Il ajoute que l'absence d'atteinte histologique canaliculaire ne signifie pas que l'infection ne puisse provenir des canaux biliaires, comme il est expérimentalement démontré.

Le Dr GLAESSNER (de Vienne) rappelle ses expériences qui montrent la disparition des calculs humains introduits dans la vésicule du chien, dissolution due à la quantité plus grande de sels tauracholiques dans la bile de cet animal ; il pose la question de la cristallisation simultanée par voie physico-chimique des calculs à facettes.

M. GAMNA (de Sienne) critique la valeur excessive donnée aux biopsies hépatiques, en raison du siège cortical du prélèvement ; cette exploration est trop partielle; il préfère, malgré leurs défauts, les données des épreuves fonctionnelles.

Il lui paraît que la clinique démontre également la participation hépatique à l'origine de la lithiase biliaire.

M. WEIL (de Bruxelles) expose sa théorie formative des calculs biliaires et attribue leur ressemblance entre eux à leur origine commune à partir d'une même niche matricielle.

M. MOGENA (de Madrid) insiste sur la constance des hépatites satellites de la lithiase, mais également sur la nécessité pour la clinique de combiner les méthodes d'exploration.

M. POPESCU (de Bucarest) rapporte une belle observation de lithiase intrahépatique.

M. GRIGAUT (Paris) apporte des précisions sur la théorie qu'il soutient depuis 1913, à savoir la pathogénie de la lithiase biliaire cholestérolique par la diminution des conditions de solubilité du cholestérol dans le liquide biliaire. Il montre l'étroite relation qui unit le métabolisme du cholestérol à celui des sels biliaires solvants naturels du cholestérol dans la bile. L'insuffisance hépatique qui est à la base de la formation des calculs biliaires consiste en un défaut de transformation de cholestérol de l'organisme en sels biliaires par le foie. Il en résulte une hypercholestérolémie par rétention et une diminution des sels biliaires dans la bile (hypocholaléeholie) qui conditionnent le processus lithiasique.

M. KREMER (de Varsovie) insiste sur la disparition clinique des nombreuses irradiations douloureuses de la colique hépatique quand le calcul cholédocien s'enclave, et l'amélioration des douleurs contraste avec l'amélioration de l'état général en pareil cas.

M. PESCHER (ce Paris) préconise contre l'affection lithiasique l'emploi de la spirométrie pour combattre le ralentissement de la nutrition qu'il maintient être à la base de cette affection biliaire.

M. DE LANGEN (Batavia) apporte cette constatation inattendue que dans les Indes Néerlandaises la lithiase biliaire est rare, alors que sont fréquentes les infections intrahépatiques, y compris la lithiase intrahépatique dont il a pu rassembler 16 cas personnels. Ainsi s'avère le facteur constitutionnel et géographique de cette affection.

M. AUBERT (de Marseille) développe le point de vue chirurgical sur la nécessité d'une intervention, intervention qui ne doit pas être différée pendant plusieurs semaines, mais qui s'impose souvent avec une nécessité de grande urgence. CAROLI.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE

Le premier Congrès international d hygiène méditerranéenne s'est tenu à Marseille du 20 au 25 septembre 1932 sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille. Pr Marchoux (de l'Institut Pasteur) était le président, ayant comme présidents d'honneur : M. le Dr Roux, M. le directeur de l'Institut Pasteur de Paris ; M. A. Honnorat, sénateur, ancien ministre, qui a pris part à toutes les séances.

Les vice-présidents étaient : M. le Pr Imbert, doyen de la Faculé tde médecine de Marseille ; M le Pr Eurière, doyen de lo Faculté de medecine de Montpellier; M. le Pr Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d Alger.

Le cadre dans lequel s'est déroulé ce congrès était merveilleux : les séances se tenaient dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine de Marseille, au Parc du Pharo, sur cette colline qui domine l'entrée du port de Marseille, et d'où la vue se porte, d'une part, sur toute la ville et le port, et d'autre part, sur la mer avec, au premier plan, le Château d'If et le Frioul.

Le 20 mai, au matin, M. Justin Godard, ministre de la Santé publique, était reçu à la Faculté de médecine par le doyen, M. le Pr Imbert, entouré des professeurs et chargés de cours de l'École, par M. le Pr Marchoux, par M. Honnorat.

Étaient présents : le directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique ; M. Cavalié, M. le préfet des Bouches-du-Rhône, le recteur de l'Université d'Aix-Marseille, le doyen de la Faculté d'Aix-Marseille, le maire de Marseille, M. le Dr Ribot, les députés et sénateurs des Bouches-du-Rhône, M. le médecin général directeur du Service de santé de la XVe région, M. le médecin général directeur du Service de santé du Ve arrondissement maritime, M. le médecin général, directeur de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales; M. Tanon, professeur d'hygiène à la

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Faculté de médecine de Paris; M Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; M. Lafforgue, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse ; M. J. Parisot, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy ; M. Besredka, M. Mesnil, professeurs à l'Institut Pasteur ; M. Lapicque (de l'Institut) ; M. Ch. Nicolle, professeur au Collège de France, etc.

Après une courte salutation de bienvenue du doyen et quelques mots de remerciements de M. Justin Godard, on a admiré la belle situation de la Faculté dont la terrasse domine la mer, puis, dans l'amphithéâtre des séances, M. Justin Godard a inauguré les travaux du Congrès ; M. le Pr Marchoux a exposé l'ensemble du programme que les congressistes allaient étudier et a défini les buts du Congrès international d'hygiène méditerranéenne.

M. Justin Godard et M. le Pr Marchoux ont été très applaudis.

Puis, après le départ du ministre, M. Sadi de Buen, délégué espagnol, a présenté son rapport sur la spirochétose espagnole.

Dans un prochain numéro, nous donnerons un résumé des quatre rapports qui ont été présentés et des diverses communications.

Les fêtes ont succédé aux fêtes et ce Congrès, qui réunissait plus de 350 adhérents, a non seulement discuté des questions fort intéressantes de première importance, mais a été aussi particulièrement réussi par ses réceptions, ses excursions. Le mardi, il y a eu le matin l'inauguration par M. le ministre de la Santé publique et, à 16 heures, une réception à la Faculté par le doyen, M. le Pr Imbert. Un concert donné par des artistes distingués a charmé l'assistance, devant une vue incomparable. Le mercredi, réception par la Chambre de commerce de Marseille ; le soir, réception par M. le Maire et MM. les membres du conseil municipal à l'hôtel de ville.

Le jeudi, M. de Monzie, ministre de l'Éducation nationale, est venu à son tour témoigner aux congressistes l'intérêt que le gouvernement de la République portait à leurs travaux.

Il a été reçu par le doyen et les professeurs dans les salons du doyen et il a annoncé la nomination à une chaire du professeur Chauvin (urologie), et du professseur Violle (hygiène).

Puis il a été à l'amphithéâtre des séance du Congrès où il a participé quelques moments aux travaux du Congrès. L'après-midi, visite du parc salubre à coquillages du Pharo, visite des îles du Frioul et du Château d'If. Le soir, grand banquet présidé par M. de Monzie.

Au cours de ce banquet, des discours furent prononcés par les délégués étrangers :

M. le Pr Georges H. P. Nuttal (de Cambridge) ;
M. le Pr Dante de Blasi (de Naples) ;
M. le Dr Sadi de Buen (d'Espagne) ;
M. le Dr Stephanopoulo (de Grèce) ;
M. le Dr Tihomir Simitch (de Belgrade).
M. le Pr Husamettin Bey (de Turquie) ;
M. le Dr Mohamed Zaki el Shafie (d'Égypte) ;
M. le Pr Ricardo Jorge (du Portugal) ;
M. le Dr Combiescu (de Roumanie).

Le préfet des Bouches-du-Rhône, le maire de Marseille, M. Marchoux, M. de Monzie, prononcèrent également des discours, Tous furent très applaudis.

Le vendredi, excursion en auto-car à Aix ; visite de la ville, collation et soirée provençale à l'établissement thermal d'Aix-Sextius.

Le samedi, visite à la Foire de Marseille et le soir, magnifique réception offerte aux congressistes par le professeur Marchoux, au Château du Pharo, illuminé par des réflecteurs qui donnaient un aspect féerique à ces lieux; une scène en plein air devant la mer avait été organisée.

Cette réception fut le clou des fêtes du Congrès.

Le dimanche, grande excursion en auto-car en Provence.

Il faut adresser des compliments pour la bonne organisation du Congrès à tous ceux qui ont eu à donner leur concours, mais tout particulièrement au professeur Marchoux, le président, qui avait l'œil à tout, qui pensait à tout ; au professeur Violle et au Dr Broquet, secrétaire général et secrétaire adjoint ; et aussi au Comité local que présidait le doyen Imbert.

Dr Georges Baillière.

ÉCHOS DU IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LUMIÈRE A COPENHAGUE

Nous pensons que nos lecteurs liront avec plaisir l'article qui nous est adressé de Copenhague sur l'important Congrès qui vient d'avoir lieu dans cette ville et auquel vingt-six nations étaient représentées.

Cet article n'est pas destiné à faire un compte rendu des séances, des rapports ou des communications présentés au Congrès de la Lumière : les travaux y ont été très copieux et quelques-uns de la plus haute portée scientifique. Nous ne parlerons ici que des à-côtés du Congrès ; disons tout d'abord que les réceptions offertes par les Danois et par le Comité d'organisation ont dépassé tout ce qu'on avait vu jusqu'ici.

Le dimanche 14 août, un dîner fut offert par le Comité danois du Congrès et l'on commença déjà à faire connaissance.

Le lundi matin eut lieu au palais de Christiansborg l'ouverture officielle du Congrès sous la présidence de Son Altesse royale le prince héritier remplaçant le roi : plusieurs discours furent prononcés, d'abord par le président Axel Reyn, directeur de l'Institut Finsen, puis par le ministre de l'Intérieur, par le recteur de l'Université de Copenhague, par le président supérieur de Copenhague, le chambellan Johan K. Bulow, et par le secrétaire général, le Dr Kissmeyer. Les différentes sections travaillèrent le matin et l'après-midi.

A cinq heures, la Municipalité offrit aux congressistes, dans le superbe hôtel de ville de Copenhague, une réception inoubliable où un buffet merveilleusement servi permit aux invités de goûter une collation d'une qualité et d'une quantité rares : des discours y furent prononcés *en français* ; d'ailleurs c'est dans notre langue que tous les Danois prirent la parole, ce qui est une preuve de plus de la sympathie que cette nation manifeste pour notre pays. Le soir à neuf heures, le très aimable président Axel Reyn avait prié tous les membres du Congrès à un dîner somptueux et très bien servi au principal hôtel de Copenhague. Une soirée musicale qui ravit les plus fins dilettantes termina cette belle fête dont tous garderont le plus durable souvenir.

Le matin et l'après-midi du mardi furent consacrés au travail des sections. A cinq heures, les congressistes

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

furent emmenés à l'École de Husum où ils purent admirer les installations ultra-modernes pour l'hygiène et la santé des élèves ; là encore des rafraichissements furent offerts.

Le mercredi, le Congrès tint une séance plénière à l'Institut Finsen où, après des conférences en français du directeur Reyn et des médecins traitants, furent montrés les appareils de Niels Finsen producteurs de rayons ultra-violets pour le traitement des lupus. Plusieurs malades guéris circulèrent parmi l'auditoire, chacun portant sa photographie initiale, son observation résumée avec l'indication du nombre des séances de Finsenthérapie qui durent être faites. A midi, un déjeuner par petites tables fut offert sur la pelouse de l'Institut Finsen : très pittoresque et très gai ce déjeuner, où chacun allait prendre au buffet les mets à sa convenance ; il n'y avait que l'embarras du choix, tellement les plats étaient nombreux.

On partit alors en autocars pour excursionner dans le nord de l'île, le Seeland : on visita d'abord le somptueux château de Frederiksborg. Ce fut un émerveillement pour tous, aussi bien pendant la visite de l'église d'une richesse incomparable que pendant celle des salons transformés en musée. On se dirigea ensuite vers la pointe de l'extrême nord de l'île pour visiter le sanatorium Munkerup au bord de la mer, où sont soignés les scrofuleux : un goûter excellent fut ensuite offert aux congressistes. Les autocars repartirent vers le sud en longeant la mer presque continuellement : on visita le château d'Elseneur où Skakespeare a situé, comme on sait, le drame d'Hamlet.

Les Français groupés dans un autocar se firent alors conduire à un cimetière des environs de Kronborg pour déposer une couronne de fleurs sur le monument que les Danois ont fait élever à quarante soldats français morts au cours de l'épidémie de grippe alors qu'ils regagnaient la France : ils sont enterrés là ainsi qu'un médecin danois qui les avait soignés et qui avait demandé — geste bien touchant — à partager leur sépulture.

Sur la colonne funéraire est gravée l'inscription qui émut vivement toutes les personnes présentes :

ICI REPOSENT
40 SOLDATS FRANÇAIS
MORTS SUR CETTE TERRE AMIE
A LEUR RETOUR DE CAPTIVITÉ
SANS AVOIR PU REVOIR
LEUR PATRIE VICTORIEUSE
LE DANEMARK RECONNAISSANT
VEILLE SUR LEURS TOMBEAUX

Puis on se dirigea du côté de Copenhague le long de la Riviera danoise: on s'arrêta à l'hôtel Skodsborg Sobad, où un grand dîner fut offert par le Comité danois du Congrès.

Le jeudi, dernier jour, on travailla toute la journée et le Congrès se clôtura par un grand banquet; il était présidé par Axel Reyn. La plus grande animation et la plus franche gaieté régnèrent pendant tout le dîner. Au dessert, de nombreux toasts furent portés, parmi lesquels nous citerons en particulier ceux du professeur Bordier de Lyon, et du professeur Jausion du Val-de-Grâce, dont nous nous sommes procuré le texte.

Le professeur Bordier s'exprima ainsi :

« C'est à mon titre de doyen d'âge et à l'aimable insistance de nos jeunes confrères que je dois l'honneur et le plaisir de vous dire quelques mots ce soir.

« Je suis infiniment ému, ainsi que tous mes compatriotes, de l'accueil que nous avons reçu ici. Nous connaissions à l'avance les sentiments de sympathie qui unissent nos deux pays : nous en avons eu la preuve, d'abord dans l'inscription que nous avons lue hier sur le monument élevé à la mémoire de nos regrettés morts, et ensuite dans les différentes réceptions qui nous ont été offertes avec une somptuosité et une générosité sans égales.

« Je remercie tout particulièrement, au nom des congressistes français, notre cher président Axel Reyn pour la belle fête à laquelle il nous a conviés et pour la soirée musicale d'une si grande tenue artistique qui nous a tous ravis.

« J'adresse aussi nos remerciements et nos félicitations bien sympathiques à notre aimable secrétaire général; le docteur Kissmeyer, qui a su mener à bien l'organisation de ce grand Congrès : son succès constitue assurément pour lui la meilleure récompense de ses efforts et de sa peine.

« Soyez assurés, messieurs, que chacun de nous emporte de Copenhague un souvenir impérissable auquel se mêle un sentiment de sincère reconnaissance. »

Puis, le professeur Jausion s'exprima en ces termes :

« Chargé de mission par notre gouvernement, et secrétaire de la délégation de mon pays, je dois, à ce double titre, adresser le salut de la France au II[e] Congrès international de la Lumière, et au Comité danois qui l'a organisé.

« Il revenait à mon maitre, le professeur Bordier, et je l'en ai prié d'ailleurs, de vous parler avec toute l'autorité qui s'attache à son nom. Nul, enfin, n'oublie que mon ami Jean Saidman est, en France, le prince de l'Actinologie.

« Je voudrais, pour ma part, dire à nos amis, à nos grands amis du Danemark, notre immense gratitude pour l'inoubliable réception qu'ils nous ont préparée.

« Je ne suis qu'un dermatologue. Mais, l'avouerai-je, les féminines blondeurs de ce pays, le chatoiement des mets exquis, le scintillement des éclairages de fête, le vert-de-gris des beffrois et des coupoles, la délicate luminosité du ciel balte, me donnent, à Copenhague, plus encore que ces vénérables assises scientifiques, la religion de la Lumière.

« Il est de plus nobles motifs. Ici, Niels Finsen a vécu et combattu contre la tuberculose, par le soleil artificiel. Ici, il a triomphé au prix de sa vie et pour la cause de l'humanité. Que tant de nations rassemblées sous ses auspices prennent, sur sa tombe, le propos de l'imiter. Les Français partageront de grand cœur ce doux effort.

« Vénéré président Axel Reyn, cher ami Kissmeyer, et vous, mesdames du Comité qui les avez assistés avec tant de grâce, soyez remerciés par nous tous.

« Je lève mon verre à Sa Majesté le Roi de Danemark et d'Islande et à la famille Royale, à nos amis de Copenhague, au présent, aux passés et aux futurs Congrès de la Lumière, en souhaitant que la Lumière apaise le Monde. »

A tous les discours le président Axel Reyn répondit en termes très aimables. Il chercha ensuite à reporter les mérites du succès de ce beau et grand Congrès sur ses collaborateurs et en particulier sur le D[r] Kissmeyer. Une ovation enthousiaste accueillit la péroraison du discours du président.

DURAND.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

BROMÉINE MONTAGU. — *Bibromure de codéine cristallisé.*

Posologie. — Sirop : 0,04 ; ampoules : 0,02 ; pilules, 0,01 ; gouttes : X gouttes = 0,01.

Sédatif puissant, efficace et peu toxique.

Toux nerveuses ; insomnies ; névralgies ; névrites.

Montagu, 49, boulevard de Port-Royal, Paris.

DRAGÉES DU Dr GELINEAU. — Épilepsie ; maladies nerveuses.

Bromure de potassium, associé à l'arsenic et à la picrotoxine.

Dose. — De deux à six dragées (et plus) par jour au milieu des repas.

Laboratoire Mousnier-Delerme, 9, boulevard Carnot, Bourg-la-Reine (Seine).

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^2Zn^3, 0,002 par pilule.

H. Chatelut, pharmacien, 65, rue Louis-Blanc, Paris.

NEUROSINE PRUNIER, reconstituant général. — Phosphoglycérate de chaux pur.

6, rue de la Tacherie, Paris et pharmacies.

PROSTHÉNASE. — Dans les maladies nerveuses causées par l'anémie : prosthénase Galbrun, fer et manganèse associés en combinaison organique.

De XX à XL gouttes par jour.

Paris, 10, rue du Petit-Musc et toutes pharmacies.

QUINBY. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse.

Ampoules 3 c. c. (adult.), 2 dos. { 0gr,75 Bi-métal. / 0gr,15 —

Ampoules 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

Indications. — Action remarquable dans les manifestations nerveuses de la syphilis, particulièrement actif contre les crises gastriques du tabes, dans les méningo-radiculites, et dans l'albuminose et la lymphocytose rachidiennes.

Avantages. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

SÉDOBROL « ROCHE ». — Extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Médication *bromurée dissimulée* et toujours *très bien supportée*, même à très hautes doses. *Tablettes et liquide.*

Chaque tablette ou mesure = 1 gramme NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SIROP GELINEAU. — A base de bromure de potassium et chloral. Procure un sommeil bienfaisant réparateur.

Laboratoire Mousnier-Delerme, 9, boulevard Carnot, Bourg-la-Reine (Seine).

SOMNIFÈNE « ROCHE ». — Barbiturique soluble et injectable ne contenant aucun toxique du tableau B. Hypnotique et sédatif *excessivement maniable. Gouttes* (XX à LX par jour). *Ampoules* (1 à 2 par jour et plus, voies sous-cutanée profonde, intramusculaire et même endoveineuse).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

VALIMYL (DIÉTHYLISOVALÉRIAMIDE). — Antispasmodique. Mêmes propriétés que l'essence de valériane. Activité constante. Tolérance absolue. Absence d'odeur. Perles dosées à 0, 05. 4 à 8 perles par jour en deux ou trois fois, au milieu des repas.

Laboratoires Clin, Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

RÉPERTOIRE DES MAISONS DE SANTÉ

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES (Seine). — Maison de santé moderne pour les dames et les jeunes filles. Dr Maillard, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Prix : 90 à 250 francs par jour. Tél. : 5.

CHATEAU DE SURESNES (Seine). — Tél. : 2,88.

Fondée par le Dr Magnan.

Médecins : Dr Filassier, Dr Durand-Saladin.

CLINIQUE DE SAINT-CLOUD (S.-et-O.), 2, avenue Pozzo-di-Borgo. Tél. : Auteuil 00,52.

Maladies nerveuses, intoxications, régimes, convalescence.

Dr D. Morat et Mme Alice Sollier.

Renseignements tous les jours, de 2 à 5 heures.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE DU Dr J.-B. BUVAT. — *Villa Montsouris*, 130, rue de la Glacière, Paris (XIIIe). *L'Abbaye*, à Viry-Châtillon (Seine-et-Oise). Drs J.-B. Buvat et G. Villey-Desmeserets.

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE MEYZIEU (Isère), près Lyon, fondé par le Dr Antoine Courjon.

Névroses, psychoses, intoxications diverses.

Hydrothérapie, électrothérapie, cures de régimes.

L'établissement est situé dans un vaste parc en pleine campagne, à 13 kilomètres de Lyon.

Il est desservi par une ligne de tramway et le chemin de fer de l'Est et de Lyon.

Médecins-directeurs : Dr Jean Courjon, ancien interne des Asiles de la Seine, médecin des asiles.

Dr Rémi Courjon, médecin des asiles, chef de clinique névropsychiatrique à la Faculté de Lyon, expert près de la Cour d'appel de Lyon.

VILLA LUNIER DE BLOIS. — Maison de santé consacrée aux psychoses. — Directeur-médecin : Dr Maurice Olivier. Grand parc. Tél. 2-82.

VILLA PENTHIÈVRE, A SCEAUX. — Psychoses, névroses, intoxications. Directeur : Dr Bonhomme, Dr Codet, Dr Pichard.

NOUVELLES

Stage et cours de perfectionnement de clinique obstétricale Baudelocque. — Ce cours, qui aura lieu du 3 au 29 octobre, sera fait sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, accoucheurs des hôpitaux ; MM. Aurousseau, Powilewicz, Seguy et Sureau, anciens chefs de clinique ; Mme Anchel-Bach, chef de clinique ; M. Merger, ancien interne ; Mme Grand et M. Lepage, internes.

a. Stage clinique et conférences. — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les sujets suivants. — M. Digonnet : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide.

M. Lacomme : Conduite à tenir pendant l'accouchement.

M. Sureau : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur).

M. Ravina : Complications de la délivrance.

M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses).

M. Desnoyers : Traitement des viciations pelviennes.

M. Cleisz : Albuminurie. Hypertension. Azotémie Rétention chlorurée au cours de la gestation.

M. Seguy : Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire).

M. Seguy : Vomissements graves.

M. Vignes : Anomalies de la contraction utérine.

M. Digonnet : Agomalies de la dilatation du col.

M. Levant : Formes cliniques des infections puerpérales.

M. Levant : Traitement des infetcions puerpérales.

M. Merger : Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésiculaire.

M. Merger : Gestations gémellaires.

M. Ravina : Examen du placenta.

M. Lacomme : Tuberculose et gestation.

M. Powilewicz : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale.

Mme Anchel-Bach : Cardiopathies et gestation.

M. Sureau : Infections colibacillaires et gestation.

M. Ravina : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité.

M. Powilewicz : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré.

M. Aurousseau : Chirurgie du nouveau-né.

M. Lacomme : Infections des nouveau-nés.

b. Cours d'opérations obstétricales, sous la direction de M. Portes, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — Ce cours aura lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. Lepage : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures.

M. Lepage : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

M. Lepage : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Mme Grand : Extraction du siège.

Mme Grand : Version par manœuvres internes.

M. Sureau : Basiotripsie.

M. Sureau : Embryotomie rachidienne.

Mme Anchel-Bach : Dilatation artificielle du col, dilatation manuelle, ballons.

M. Merger : Hystérotomies par voie vaginale. Incisions du col. Césarienne vaginale.

M. Portes : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne sur le segment inférieur. (Projection de films.)

M. Portes : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum. (Projection de films.)

M. Digonnet : Pelvitomies.

Mme Anchel-Bach : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions, transfusion).

M. Merger : Chirurgie réparatrice.

M. Seguy : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition.

M. Merger : Chirurgie des gestations ectopiques.

M. Seguy : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 400 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique (Chaire d'anatomie pathologique, professeur G. Roussy). — Ce cours, qui sera fait par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, assistant, commencera le jeudi 6 octobre à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants de 13 h. 30 à 17 heures jusqu'au vendredi 28 octobre.

Le cours comprend :

1° Vingt exposés théoriques avec projections sur des sujets d'actualité anatomo-cliniques dont la liste est donnée ci-dessous.

2° Vingt séances de technique avec démonstrations au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale. Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

En plus de ces préparations, les auditeurs auront l'occasion d'étudier un grand nombre de coupes comportant la grande majorité des affections qui se présentent dans la pratique médicale.

3° Huit séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de 10 à 12 h. 30 à l'Institut du cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

Programme du cours. — I. Généralités sur la tech-

NOUVELLES *(Suite)*

nique histo-pathologique (fixation, inclusion, coupes, coloration).

II. Généralités sur la pathologie cellulaire et sur le processus inflammatoire. — *Le domaine de l'inflammation à la lumière des travaux modernes.*

III. Inflammations spécifiques. — *L'infection bacillaire et les lésions élémentaires de la tuberculose.*

IV. Généralités sur les processus néoplasiques. — *Les lésions dites précancéreuses.*

V. Tube digestif : les entérites spécifiques ; diagnostic des ulcérations intestinales, les principales lésions du pancréas. — *L'ulcère peptique gastro-duodénal.*

VI. Le foie : lésions circulatoires, hépatites aiguës, toxiques et infectieuses. — *Les ictères graves.*

VII. Les hépatites chroniques ; tuberculose, syphilis, paludisme. — *Les processus de stéatonécrose.*

VIII. Les cirrhoses. — Les tumeurs du foie. — *Les cirrhoses, considérations générales et classification.*

IX. Les affections des ganglions lymphatiques. — *Les lymphogranulomatoses.*

X. Les affections de la rate. — *Les principales variétés de splénomégalie.*

XI. *Leucémies et cancers des organes hémopoiétiques*

XII. Appareil respiratoire ; lésions de la trachée et des bronches, broncho-pneumonie, pneumonie, abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire. — *Rhumatisme et inflammations hyperergiques.*

XIII. Tuberculose pulmonaire, syphilis pulmonaire. — *Formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.*

XIV. Cancer pulmonaire, les pleurésies. — *La maladie amyloïde.*

XV. Les affections du myocarde. — *Les myocardites et les lésions de la fibre striée en général.*

XVI. Les principales affections des vaisseaux. — *L'artériosclérose.*

XVII. Introduction à l'étude des néphrites ; lésions élémentaires du parenchyme rénal, les néphrites épithéliales et glomérulaires. — *Lésions osseuses en rapport avec les troubles parathyroïdiens.*

XVIII. Les néphrites interstitielles, la sclérose rénale d'origine vasculaire, les néphrites chroniques d'origine ascendante. Diagnostic des scléroses rénales. — *Les principales formes anatomo-cliniques des néphrites.*

XIX. Les affections de la surrénale, surrénalites aiguës et chroniques, tumeurs de la surrénale. Les affections du corps thyroïde, thyroïdites, goitres. — *Les syndromes surrénaliens et leur substratum morphologique.*

XX. Les lésions élémentaires du système nerveux. — *Les tumeurs cérébrales.*

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront en outre produire leur carte d'immatriculation.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1932 commencera le 3 octobre et sera terminée en décembre.

DIPLOME. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. X...

Ophtalmologie. — Professeur : M. Terrien.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Neveu-Lemaire, Pozerski, Tanon, Lemierre.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lenormant.

Réglements sanitaires. — Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission : Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers,

NOUVELLES *(Suite)*

l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Travaux pratiques de pharmacologie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu, du 10 au 17 octobre 1932 inclus, à la salle d'expérimentation des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie avant le session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 125 fr. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Travaux pratiques de physique. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu, à partir du jeudi 6 octobre 1932.

A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudront compléter leurs connaissances pratiques en physique, avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 100 fr. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Cours pratique et complet de dermatologie. — Ce cours sera fait sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. Joyeux, professeur de parasitologie à la Faculté de Marseille ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Vallery-Radot-Pasteur, agrégé, médecin de Bicêtre ; P. Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Weissembach, médecin de l'hôpital Broca ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Périn, ancien chef de clinique ; Carteaud, chef de clinique ; Ragu, chef de clinique ; Mme Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; MM. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 3 octobre au samedi 29 octobre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des Moulages, les musées d'Histologie, de Parasitologie, de Radiologie, de Photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus. Ce cours comprendra 73 leçons.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 2 novembre au 26 novembre 1932 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 28 novembre au 17 décembre 1932.

Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux. — Ce concours s'ouvrira le 18 octobre 1932, à 8 heures du matin, dans un local à désigner.

Les exetrnes appelés à concourir doivent déposer chaque année avant le 15 octobre au bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André :

1° Un certificat des médecins et chirurgiens dans les alles desquels ils ont fait le service d'externes titulaires, attestant leur exactitude et leur bonne conduite ;

2° Une attestation du contrôleur déclarant qu'ils ont fait leur service de garde et le service des vacances avec régularité. Cette attestation est certifiée par le médecin résidant ;

3° Un certificat de scolarité indiquant le nombre de leurs inscriptions.

Les candidats à l'internat doivent déposer les pièces ci-dessus indiquées dans le bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André, la vieille du jour du Concours, avant midi au plus tard.

Il n'est accordé de congé aux candidats de l'internat qu'autant que la moitié d'entre eux sont présents dans le service auquel ils appartiennent. La durée du congé ne peut excéder un mois, sauf les cas exceptionnels que l'Administration appréciera.

La durée de l'internat est de quatre ans (1).

Indépendamment des prestations en nature, les internes de première année reçoivent un traitement de 1 200 francs par an.

Ceux de deuxième année reçoivent un traitement de 1 600 francs par an.

Ceux de troisième année, un traitement de 2 000 francs par an.

(1). Les internes qui ont obtenu la médaille d'or de chirurgie ou de médecine ont le droit de faire une cinquième année d'internat.

NOUVELLES *(Suite)*

Ceux de quatrième année, un traitement de 2 400 francs par an.

Les internes de l'hôpital des Enfants ne sont nourris dans l'établissement que les jours de garde.

Il est alloué aux internes, à titre d'indemnité de nourriture, un subside de 400 francs par mois et, à ceux de l'hôpital des Enfants, il est retenu, les jours de garde, une somme de 12 francs par jour.

L'Administration se réserve le droit de ne loger les élèves internes de l'hôpital Saint-André et de l'hôpital des Enfants que pendant leurs jours de garde.

Il est ajouté au traitement des internes non logés une indemnité de 150 francs par mois.

Les internes devront se conformer au règlement du Service de santé des hôpitaux et hospices et aux décisions de la Commission administrative.

A la suite du classement des titulaires aux places de l'internat, le jury ajoute, par ordre de mérite, les candidats non nommés, mais qu'il croit capables néanmoins de remplacer, au besoin, les titulaires. Les élèves de cette catégorie prennent le nom d'internes provisoires.

Le nombre est variable et dépend des nominations que l'Administration juge nécessaire. Les internes provisoires sont nommés pour un an.

Ils sont autorisés à concourir pour le titulariat quel que soit le nombre des concours antérieurement subis. Ils peuvent concourir même s'ils ne sont plus externes.

Aucun externe ne pourra se présenter plus de trois fois au Concours d'internat. Les années d'internat provisoire ne comptent pas.

Les internes provisoires, quand ils ne remplacent pas un interne titulaire, ont les mêmes obligations et les mêmes attributions que les externes titulaires.

Le nombre des places d'internes titulaires mises au concours est fixé à huit pour l'année 1932-1933.

Le concours comprend trois épreuves : deux épreuves écrites et anonymes de quatre heures de durée et une épreuve orale d'un quart d'heure d'exposition après une demi-heure de réflexion. Celle-ci a lieu entre les deux épreuves écrites.

Chacune de ces deux épreuves comprend deux questions groupées de la façon suivante :

Première épreuve, épreuve écrite : Une question d'anatomie et de pathologie, chirurgicale ou bien inversement une question d'anatomie et de pathologie médicales ;

Deuxième épreuve, épreuve orale : Une question d'anatomie et de pathologie inverses de celles qui auront été tirées au sort à la première épreuve, c'est-à-dire d'anatomie et de pathologie chirugicales si, à l'épreuve écrite, il a été traité une question d'anatomie et de pathologie médicales, et inverement ;

Troisième épreuve, épreuve écrite : Une question de physiologie et une question de diagnostic et de traitement des cas d'urgence de médecine interne ou de chirurgie générale.

Pour chacune des épreuves écrites et pour chaque série de l'épreuve orale, il sera placé dans l'urne au moins trois fiches portant chacune deux questions groupées comme il est dit ci-dessus.

Chaque épreuve est cotée de 0 à 20 ; cette note d'ensemble sera constituée par la somme des deux notes séparées, de 0 à 10 qui auront été d'abord données à chacune des deux questions de l'épreuve.

Pour le choix des questions de la première épreuve, le jury siège tout entier. Pour la lecture des copies, il se divise en deux sections qui siègent séparément : la section des juges tirés impairs jugeant la question d'anatomie, la section des juges tirés pairs la question de pathologie.

La lecture des copies terminée, le président du jury réunit les deux sections pour l'attribution à chaque candidat de la note d'ensemble de 0 à 20 de cette première épreuve.

A cet effet, anonymes et portant caché le nom de leur auteur, les copies d'anatomie et de pathologie de chaque candidat auront été placées dans des enveloppes différentes portant l'une la mention *anatomie*, l'autre la mention *pathologie* ; puis ces deux enveloppes auront été incluses dans une troisième grande enveloppe scellée.

A la première réunion du jury pour la lecture des copies, le président ouvrira toutes les grandes enveloppes scellées, inscrira le même numéro sur les deux enveloppes intérieures d'*anatomie* et de *pathologie*, puis remettra toutes celles d'anatomie et toutes celles de pathologie aux présidents de la section correspondante.

Dans chaque section le président, en ouvrant l'enveloppe pour la lecture de la copie incluse, inscrira sur cette copie et sur la petite enveloppe renfermant le nom du candidat, le numéro inscrit sur l'enveloppe extérieure.

La lecture des copies terminée dans les deux sections, celles-ci se réunissent en séance plénière pour établir les notes d'ensemble de la première épreuve, qui seront constituées par la totalisation des points attribués aux deux copies portant le même numéro.

Les notes seront alors affichées en face des numéros des copies. Seules, les copies des numéros dont une des notes sera un 0 ou bien la note d'ensemble sera inférieure à 10, seront identifiées et les candidats éliminés.

Pour la seconde et la troisième épreuve les membres du jury siégeront ensemble.

Après la dernière épreuve les notes de celle-ci seront publiées en face des numéros des copies ; le jury procédera ensuite publiquement à l'identification des copies restantes de la première épreuve et des copies de la troisième. Les candidats qui, dans cette troisième épreuve, auront un 0 ou une note d'ensemble inférieure à 10, seront éliminés.

Puis le jury terminera par le classement des candidats :

1° Il classera d'abord, d'arès leurs points, ceux qui, n'ayant été éliminés après aucune de trois épreuves, seront *seuls* dans les conditions exigées pour pouvoir être nommés *internes titulaires*. Quel que soit le nombre des places mises au concours, aucun candidat ne pourra être nommé interne titulaire s'il n'a obtenu un total d'au moins 36 points à la fin de ces trois épreuves.

2° Cette première liste de présentation des internes titulaires ainsi établie, le jury classera, d'après seulement le total de leurs points, tous les autres candidats à l'exception de ceux qui auront été éliminés après la première épreuve et qui conserveront sans changement leur rang antérieur dans l'externat.

NOUVELLES *(Suite)*

Les candidats figurant sur cette seconde liste de classement seront : les premiers, nommés internes provisoires, les autres, placés en tête de la liste des externes.

Au cas d'*ex-æquo* pour la dernière place, le jury fera procéder, entre les candidats *ex-æquo* à une épreuve supplémentaire écrite et anonyme d'une heure, sur une question de pathologie.

Pour les épreuves écrites, les candidats seront placés non à leur gré, mais par ordre alphabétique, ou bien leurs places seront indiquées par le tirage au sort. Ils ne peuvent utiliser ni livre, ni note, ni communiquer entre eux sous peine d'exclusion. Ils seront surveillés par un membre du jury.

Cours de vacances de pratique obstétricale (deuxième série). — Ce cours sous la direction de M. Brindeau, professeur sera fait par MM. les Drs Marcel Vaudescal, Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; agrégé ; Chevalier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Suzor, Bidoire, Bompart, Bucquoy, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; De Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 octobre 1932 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

1er OCTOBRE. — Ministère Défense nationale Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), clôture inscription pour le concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

1er OCTOBRE. — *Le Mans.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre pour la prise de la première inscription.

1er OCTOBRE. — *Chartres.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

1er-2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Inscription des étudiants nouveau régime en vue des examens pour les ajournés.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Clinique obstétricale Baudelocque. Professeur COUVELAIRE : Cours de perfectionnement.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. Professeur GOUGEROT, cours de dermatologie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre des consignations pour les examens de l'ancien régime.

3-4 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens à passer par les candidats ajournés à l'année scolaire précédente.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les examens de clinique (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de gynécologie.

3 OCTOBRE. — *Zagreb.* Congrès des Sociétés tchécoslovaque et yougoslave d'orthopédie.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des registres d'inscription pour les thèses (consignation le lundi et le mardi de chaque semaine).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (anatomie, chirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie).

3 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours d'agrégation des écoles de médecine navale (bactériologie et hygiène).

3 OCTOBRE. — *Brest.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

4 OCTOBRE. — *Brest.* Concours pour la place de prosecteur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de l'Association française de chirurgie.

OCTOBRE. — *Paris.* — Congrès de médecine.

6 OCTOBRE. — *Paris.* Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologiques : professeur G. ROUSSY.

6 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef des travaux d'histologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

6 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription pour le

NOUVELLES *(Suite)*

concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française de chirurgie réparatrice.

7 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Société française d'orthopédie.

7-8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens de chirurgie dentaire à passer par les candidats ajournés.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai d'inscription pour le concours de clinicat obstétrical, de clinicat gynécologique, de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, de clinicat des maladies mentales, de clinicat oto-rhino-laryngologique.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscriptions pour les inscriptions du 1er et du 2e semestre d'études.

10 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès français de médecine.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

12 OCTOBRE. — *Paris* (31, rue de Bellechasse). Dernier délai d'envoi des mémoires pour le concours de l'académie d'éducation et d'entr'aide sociale.

12 OCTOBRE. — *Lyon.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon.

12 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Concours d'infirmières.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Ligue contre le rhumatisme.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès international du rhumatisme.

13 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Professeur Rathery : Cours sur le diabète.

14 OCTOBRE. — *Villes d'académies.* Clôture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Dernier délai de candidature à la fondation J.-A. Sicard (s'adresser au doyen de la Faculté de médecine de Paris).

15 OCTOBRE. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

15 OCTOBRE. — *Montpellier.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

15 OCTOBRE. — *Poitiers.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier. Professeur BRINDEAU : cours de pratique obstétricale.

17 OCTOBRE. — *Marseille.* Concours de clinicat de médecine infantile.

17 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures, concours du clinicat obstétrical, du clinicat gynécologique, du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, du clinicat des maladies mentales.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de chimie.

17 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

17 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

18 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

18 OCTOBRE. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

19 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures. Concours du clinicat d'oto-rhino-lagyngologie.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes.

20 OCTOBRE. — *Rouen.* Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

21 OCTOBRE. — *Montpellier.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

24 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernière limite pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

26 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de stomatologie.

27 OCTOBRE. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

29 OCTOBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

31 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société médicale des hôpitaux (12, rue de Seine). Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Paul Le Gendre.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai de réception des manuscrits pour le prix Le Gendre et pour le prix Gingeot (envoi au secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ACCIDENTS A L'ÉCOLE ET HONORAIRES DES MÉDECINS

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

Les établissements d'enseignement secondaire, publics ou libres, ceux d'enseignement technique qui reçoivent des internes ont généralement un médecin attitré, désigné par leurs administrateurs. Ceux d'enseignement primaire et les écoles pratiques de commerce et d'industrie n'en possèdent pas, au contraire. L'insouciance et la vivacité des jeunes écoliers, les machines et les instruments des écoles professionnelles sont d'importantes sources de risques. Aussi les accidents dans les écoles de toutes sortes sont-ils nombreux. Quand l'établissement où ils surviennent n'a pas de médecin ordinaire, force est d'appeler l'un quelconque des médecins de la ville, qui sera généralement le plus rapproché. Lorsque l'établissement possède un médecin en titre, celui-ci, dans les cas graves, appelle souvent un de ses confrères en consultation, ou réclame le concours d'un spécialiste.

Parfois des soins minutieux, des opérations délicates seront nécessaires. Qui supportera les honoraires du médecin ou chirurgien? Combien de parents des petits élèves de nos écoles communales n'ont absolument aucune ressource!

I

D'abord on songe tout naturellement à s'adresser à la direction de l'école.

Aux termes de l'article 1384 § 3, Code civil : « Les instituteurs et les artisans sont responsables du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance... Toutefois la responsabilité de l'État est substituée à celle des membres de l'enseignement public. »

I. Quelles personnes sont englobées dans ces expressions génériques « instituteurs » et « artisans »? — On nomme ainsi toute personne chargée d'une manière permanente ou suivie, à quelque titre que ce soit, de l'éducation et de la surveillance d'enfants mineurs. Il en est ainsi sans distinction des établissements d'enseignement public ou privé, primaires ou secondaires, généraux ou professionnels (Cass., 27 juin 1902, *Pand. franç.*, 1903.1.520). Il en est ainsi même des directeurs d'établissements essentiellement ou principalement techniques, fussent-ils créés dans un but de bienfaisance (Paris, 15 juin 1904, S. 1907.2.4 ; Grenoble, 20 déc., 1901, S. 1906.2. 125).

Cette responsabilité s'étend aux directeurs de patronages, à l'égard des enfants et jeunes gens dont ils acceptent la garde et la surveillance (Cass., 9 juil. 1907, S. 1908. 1. 76).

En revanche, elle ne s'étend pas au président d'une Société sportive, réunissant quelques heures chaque semaine des jeunes gens, pour exercices gymnastiques et jeux d'adresse : les pouvoirs statutaires d'un président, s'ils lui confèrent la direction générale du groupe, ne lui confènt pas la garde et la surveillance des associés (Bordeaux, 29 juil. 1910, S. 1912.2.142).

De même ne s'impose-t-elle pas aux organisateurs d'une œuvre se chargeant de placer des enfants à la campagne, pendant l'été, jouant simplement le rôle d'intermédiaires officieux entre leurs parents et les familles paysannes qui les reçoivent, sans assumer le soin de les surveiller eux-mêmes pendant leur séjour (Paris, 28 avril 1913, S. 1918.2.97, note du professeur Delpech). Il en est également ainsi du directeur d'une cantine scolaire communale (Lyon, 31 oct. 1928, S. 1928. 2. 156).

II. De quels dommages l'instituteur ou l'artisan répond-il? — Souvent on avance qu'il répond de plein droit de tout dommage à ses élèves ou apprentis. C'est transformer complètement le texte de loi précité, visant seulement les dommages causés par leurs élèves ou apprentis. On devrait prouver une imprudence ou négligence de sa part, pour engager sa responsabilité, quand l'accident qu'éprouve un de ses élèves ne provient pas d'un autre enfant. Aussi ne répond-il pas de l'accident survenu à l'élève qu'il charge de fermer un vasistas, n'offrant ni danger, ni difficulté, quand ce soin ne pouvait se confier aux gens de service n'ayant pas mission d'entrer dans les salles pendant les classes (Cass., 24 fév. 1909, S. 1911.1.451).

La substitution de la responsabilité de l'État à celle des membres de l'enseignement public n'a pas modifié ces principes. Si donc le dommage ne provient pas du fait d'un élève, l'État n'en répond pas de plein droit ; il faudrait prouver une faute spéciale à sa charge, comme l'absence de surveillance par l'instituteur de l'enfant qui, à raison de son jeune âge, courait un risque dans un jeu violent, faute que d'ailleurs les tribunaux judiciaires ne sont pas compétents pour apprécier (Lyon, 15 déc. 1909, S. 1911.2.245).

III. Pendant quel temps les élèves et apprentis engagent-ils la responsabilité de l'instituteur ou artisan? — Son obligation de surveillance, base de sa responsabilité, se trouve soumise à deux principes : elle dure tant que l'enfant est dans l'école ou l'atelier

d'apprentissage, mais ne s'applique ordinairement pas, quand il est au dehors.

Parmi les heures que l'enfant passe à l'école, on distingue celles où l'instituteur est formellement obligé de le surveiller de celles où il y demeure tout à fait officieusement. Les premières sont celles des classes, des études, de repas pris au collège par les pensionnaires, et même des récréations (Paris, 31 mai 1892 et Limoges, 1er mai 1895, S. et P. 1899.2.138 en sous-note).

Les internes demeurent sous la surveillance du maître tout le temps qu'ils passent dans les locaux scolaires. Les externes en sont, en principe, affranchis hors des heures de classe ou récréation. Cependant, elle leur doit être continuée quand ils demeurent dans l'école soit pour une tâche prescrite par le maître (Pau, 2 juil. 1898, S. 1899.2.137 et notre note), soit lorsqu'en vertu d'une entente avec les familles, ils y demeurent pour éviter la fatigue inutile d'un déplacement (Trib. Châteauroux, 24 mai 1898, S. 1899.2. 147).

En dehors des locaux scolaires, le maître n'est tenu de surveiller ses élèves que s'il l'a promis formellement. Il intervient des conventions de ce genre entre les parents et certains collèges ou pensionnats libres envoyant chercher ou reconduire leurs élèves à domicile, généralement en voiture, ou les conduisant au lycée de l'État. Il en intervient avec les membres de l'enseignement public, lorsqu'ils annexent à l'école officielle un internat municipal ou privé, pour le temps passé par leurs élèves à l'internat.

Mais ces conventions sont exceptionnelles, la surveillance et la responsabilité du maître ne s'étendant, à l'ordinaire, qu'aux heures passées dans les établissements scolaires. C'est pourquoi l'accident causé, au sortir de l'école, par un élève, à un camarade, n'engage la responsabilité de l'instituteur que si l'on prouve qu'il était présent et pouvait empêcher le dommage.

Dans tous les cas où, d'après les règles précédentes, l'instituteur ou l'artisan répond d'un accident survenu à l'élève ou l'apprenti, le médecin, créancier de ce dernier, en pourrait exercer l'action contre son maître jusqu'à concurrence de ses honoraires (art. 1166, Code civ.).

II

Dans l'enseignement libre, au moins l'enseignement secondaire, l'usage s'est répandu de souscrire des assurances garantissant des indemnités aux élèves éprouvant des accidents, soit par la faute de leurs camarades ou l'absence de surveillance des maîtres, soit même en toute autre circonstance. Généralement la direction de l'école ne sert que d'intermédiaire officieux entre l'assureur et les familles acceptant de payer une prime. Quant aux autres, le directeur se contente de couvrir par une assurance sa responsabilité légale. Dans l'un et l'autre cas, le médecin aurait action contre l'assureur (art. 1166, Code civ.).

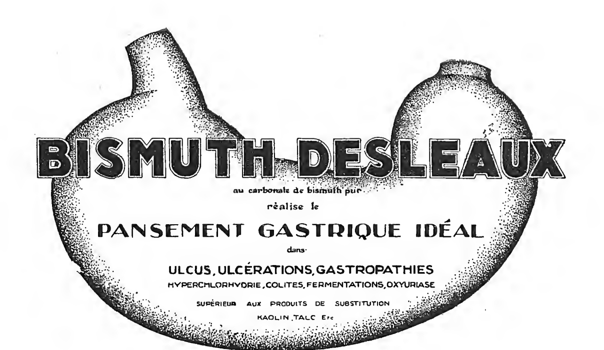
Dans les écoles primaires libres, le directeur couvre sa responsabilité par une assurance, dont la Comité de patronage supporte la prime.

D'autre part, en vue d'indemniser les accidents survenus aux élèves dans les lycées de l'État, la Fédération des Associations de parents s'est mise en rapport avec des Compagnies d'assurances. Quatre d'entre elles ont accepté, moyennant une prime assez modérée, de couvrir tous les accidents survenus aux élèves, sans distinguer selon qu'ils proviennent du fait d'un autre élève, de la faute d'un maître ou d'une personne étrangère au lycée, comme les membres d'un groupe sportif (*Famille et Lycée*, décembre 1930, p. 12-13).

Dans certaines communes, le Conseil municipal prend à la charge des finances communales les accidents survenus aux élèves des écoles primaires publiques, au moins au cours des menus services (transport de combustible, préparation et allumage de feux, nettoyage et balayage de locaux scolaires) qu'il est d'usage de confier à des élèves (*Journal des Instituteurs*, 13 déc. 1930, p. 170-171).

Dans l'enseignement technique, la plupart des directeurs contractent une assurance collective pour tous les accidents survenus aux élèves dans l'école, au cours du travail. Les familles des élèves acceptent sans difficulté de participer à la prime (L. Husson, *La question de la responsabilité civile, Bull. Union nat. membres Enseignement public*, mai 1931, p. 253).

Quel que soit le signataire de l'assurance, la victime a toujours action contre son assureur. Si ce n'est pas comme contractant, c'est en vertu d'une stipulation pour autrui (art. 1121, Code civ.), ou comme subrogé aux droits de la personne responsable (art. 2102, § 8, Code civ., modifié par la loi du 28 mai 1912). Le médecin ayant soigné la victime, créancier de celle-ci pour ses honoraires, peut, comme tel, exercer l'action de la victime contre l'assureur, pour en obtenir paiement (art. 1166, Code civ.).


BISMUTH DESLEAUX
au carbonate de bismuth pur
réalise le
PANSEMENT GASTRIQUE IDÉAL
dans
ULCUS, ULCÉRATIONS, GASTROPATHIES
HYPERCHLORHYDRIE, COLITES, FERMENTATIONS, OXYURIASE
SUPÉRIEUR AUX PRODUITS DE SUBSTITUTION
KAOLIN, TALC Etc

VARIÉTÉS

RÉFLEXIONS TOURISTIQUES

Par Albert MOUCHET.

Je m'excuse auprès des lecteurs de *Paris médical* si, ayant visité cet été des régions bien connues, je n'ai point de descriptions sensationnelles à leur faire et si je me borne à quelques considérations qui pourront leur paraître banales.

Je crois cependant que ces considérations comportent un intérêt pratique et que, si elles étaient méditées par qui de droit, elles auraient peut-être quelque utilité.

Ayant successivement traversé l'Autriche que je ne connaissais pas, revu le nord de l'Italie dont certaines parties m'étaient connues, et la Suisse que je connaissais à fond, je suis peut-être assez bien placé pour résumer les impressions recueillies au cours d'une randonnée automobile.

Et d'abord, la *douane*, puisque les frontières sont de plus en plus fermées.

Avec les sociétés, Automobile-Club, Touring-Club, dont tout citoyen français, ami du tourisme, devrait faire partie, les arrangements, les précautions à prendre en vue du passage en douane sont devenus chose simple et l'on peut partir à l'abri de toute surprise.

La douane suisse est réputée pour être aimable et continue à l'être. La douane autrichienne n'est pas désagréable, mais elle exige une déclaration des sommes d'argent dont on est porteur, qui est un peu astreignante.

La douane italienne vous donne, de primeabord, la sensation — assez pénible pour un Français — de pénétrer dans un pays de dictature : votre route barrée par une chaîne, long temps perdu à copier passeport, soldats en armes... bigre ! Finalement, tout se passe très bien et les douaniers italiens sont d'une politesse exquise.

On n'en pourrait dire autant de nos douaniers français, me dit-on de divers côtés. En ce qui me concerne, pendant ce voyage, j'ai trouvé chez les douaniers de mon pays une urbanité parfaite. Il est à souhaiter que cela soit toujours ainsi.

Les hôtels d'Autriche — je parle de ceux des villes du Tyrol que seules j'ai visitées — sont, en général, assez chers et la nourriture y est médiocre. La bière est excellente.

En Italie, l'industrie hôtelière a fait de grands progrès. Je ne suis pas de ceux que tente le régime mussolinien, mais je suis forcé de reconnaître que ce régime a remis de l'ordre dans l'Italie, au grand avantage des touristes.

D'abord, le « coup de fusil » est inconnu : on ne peut pas en dire autant, hélas ! en France, où il subsiste en beaucoup d'endroits.

Dans des hôtels du Tyrol dont les propriétaires se lamentaient d'avoir moitié moins de monde que les étés précédents, les prix restaient identiques ou même baissaient. Sur les rives du lac de Garde où les voyageurs faisaient défaut, les plus grands hôtels vous concédaient des prix abordables.

D'une façon générale, la *nourriture* est bien meilleure qu'autrefois en Italie : elle est plus variée, mieux préparée. Le pain est délicieux. Le vin reste cher. Le café, jadis mal fait, est aujourd'hui excellent.

Un détail, qui n'est pas sans importance, c'est l'amabilité des hôteliers. Loin de vous considérer comme un client « taillable à merci », ils s'ingénient à vous recevoir comme des hôtes, et cela fait toujours plaisir.

J'ajouterai d'ailleurs que chez les commerçants en Italie — comme en Suisse — vous êtes accueillis avec une affabilité et remerciés avec un empressement d'où vous êtes presque honteux, quelque minime que soit l'achat que vous effectuez.

En Suisse, la nourriture m'a paru depuis quelque temps s'être nettement améliorée, au moins dans toute la Suisse des cantons de Genève, de Vaud et du Valais. Je ne suis pas de ceux qui dépréciaient cette nourriture et blaguaient, comme Alphonse Daudet, le riz et les pruneaux — à la cannelle (dont le parfum m'est d'ailleurs agréable) — qui constituaient trop souvent les entremets ou le dessert. Mais j'avoue que je n'étais guère enthousiasmé par la fréquence des viandes braisées ou des pommes de terre à l'anglaise. Si la nourriture était saine, elle manquait de variété dans sa préparation ; la viande grillée ou rôtie, les légumes verts, les fruits surtout faisaient trop souvent défaut. Il m'a semblé depuis quelques années que tout cela avait changé favorablement dans le sens que beaucoup souhaitaient.

Mais, à coup sûr, la cuisine française conserve toujours sa suprématie, au moins dans la plupart des coins de notre pays. Car la Provence, certains endroits de la Côte d'azur ont encore beaucoup à faire pour contenter des palais, je ne dis pas délicats, mais simplement amis de la bonne préparation culinaire.

Dans tous les hôtels maintenant, l'eau courante est la règle, le pot à eau est relégué parmi les curiosités de l'ancien temps. A ce point de vue, je me plais à le reconnaître, la France n'est pas en retard ; peut-être même en remontrerait-elle à ses voisines, car elle a la louable générosité d'adjoindre à la toilette le bidet à eau courante. Pourquoi ne rencontre-t-on pas de bidet en Suisse et en Italie ?... Mystère et discrétion.

VARIÉTÉS *(Suite)*

En ce qui concerne les *routes*, la France fera bien de veiller à l'entretien des siennes. Car l'Autriche, la Suisse et l'Italie ont actuellement un réseau routier fort bien entretenu, qui ne laisse guère à désirer. La Suisse et l'Italie ont fait à cet égard des progrès considérables.

Les routes d'Italie sont remises continuellement en état ; elles ne sont pas bombées comme le sont encore tant des nôtres ; elles ont une signalisation excellente. Je conviens que les bornes indicatrices de Michelin sont de plus en plus nombreuses en France et que leurs dispositions sont parfaites. Mais il reste beaucoup à faire sur ce point.

Tout le long des grandes routes italiennes, les arbres et les bornes de pierre sont marqués par de grands traits de pinceau horizontalement disposés et alternativement noir et blanc, d'où une grande visibilité dans les trajets automobiles nocturnes; les virages sont relevés, le goudronnage est bien fait.

Dans les rues des grandes villes, il règne une sévère discipline de la circulation assurée par des agents de police en gants blancs à crispin comme les agents de la Belgique et de Lille.

Les gares sont propres, *strictement propres* ; les trains sont exacts. Il y a de l'ordre partout.

Je n'étais pas retourné en Italie depuis la guerre : je n'ai pas retrouvé la trace du « je m'en fichisme » passé.

Dans les grandes villes comme Venise, Milan, voire même Vérone, il y a bien encore des « facchino » importuns, soit que l'on monte en gondole ou que l'on en descende, soit que l'on s'arrête à contempler un monument ou à prendre une photographie.

Il y a beaucoup moins de mendiants : cela saute aux yeux, et la constatation est agréable pour le touriste.

Les *campagnes* sont propres, le sol n'est pas souillé par le fumier ou par des détritus de toutes sortes. Les villages d'Italie et surtout de Suisse arborent même une certaine élégance qui dispose en leur faveur : des jardins fleuris devant les maisons, des fleurs à toutes les fenêtres et aux balcons. Est-ce pour fêter Mussolini dont la tête est peinte au pochoir sur tant de maisons des villages italiens ? Est-ce pour attirer le touriste ou simplement pour égayer le séjour des habitants ? Je ne sais, mais il y a là un souci de coquetterie qu'on ne saurait trop encourager.

J'ai remarqué avec plaisir que presque tous les ouvriers qui travaillent sur les routes — surtout les jeunes — ont le torse nu : ils habituent leurs corps aux bienfaits de l'*héliothérapie*.

Que dire de la *balnéation* et du développement considérable qu'elle a pris dans toutes les villes de Suisse et d'Italie ? Les établissements de bains abondent non seulement sur les bords des lacs, mais, dans les villes un peu importantes, qui n'ont pas à leur disposition les eaux d'un lac, ce ne sont que des « Lidos » magnifiquement installés et *bon marché* ; celui de Bolzano est un modèle du genre.

Cette plage fantastique du Lido près de Venise, qui donne une incroyable impression d'immensité, voit affluer sur la rive de l'Adriatique tout Venise pour s'y baigner et s'y « dorer » la peau. Certains dimanches et jours de fête d'été, il s'y presse en une journée jusqu'à 40 000 baigneurs, j'ai dit quarante mille. L'organisation en est parfaite : pour un prix modique, vous êtes transportés en quelques minutes, par le « vapeur », puis le tram. La cabine, le linge, le dépôt des valeurs, sont compris dans la somme globale.

Et c'est au moment où toutes ces villes étrangères organisent de superbes piscines qu'on voit une ville comme Annecy, si favorisée par la nature, supprimer — sans le remplacer — son unique établissement de Bains du Lac, devenu d'ailleurs miteux. Il n'y a plus que les clients riches de l'Impérial-Palace ou de Beau Rivage qui puissent s'offrir facilement un bain dans le lac. Les écoliers, les employés, les ouvriers de la ville seront obligés de se payer une barque pour aller au loin s'y déshabiller et s'ébattre dans l'eau. Voilà où on est en 1932 dans un pays qui se croit démocratique !

Il y aurait bien encore à signaler en Suisse et en Italie les nombreux camps de vacances, les organisations « genre boy-scouts ». L'Italie ne néglige rien pour développer chez les jeunes le goût des sports.

Elle fait aussi un effort considérable pour favoriser le *tourisme* ; elle ne se contente pas d'améliorer ses routes, d'abaisser ses tarifs de chemin de fer, elle inonde le monde — le mot n'est pas excessif — de brochures de publicité luxueusement éditées, ornées de belles gravures et qui sont des plus engageantes. Quand la France agira-t-elle de même pour attirer l'étranger ? Qu'attend-elle pour distribuer partout à profusion de ces brochures de propagande qui serviraient si bien ses intérêts ?

Hélas ! La France est une coquette qui veut être aimée pour elle-même, mais qui dédaigne de se mettre en frais...

On sent que l'Italie est gouvernée ; elle n'est pas livrée au laisser-aller d'une démagogie...

Elle presse les travaux considérables qu'elle a engagés pour faciliter l'accès de Venise et dont un des derniers numéros de l'*Illustration* donnait une idée exacte. On double la voie ferrée de Mestre à


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF, SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gorgarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre
Clonazone
Daufresne
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

VARIÉTÉS *(Suite)*

Venise pour prolonger la route de Milan qui débouchera au grand Canal, et il y aura là un garage monstre capable de contenir mille autos. Tout cela sera fait sans enlever à la ville « enchanteresse » quoi que ce soit de son cachet. Et *Venise* restera toujours, comme les lacs du nord de l'Italie, un de ces endroits « *dont le souvenir seul,* disait Boylesve, *est déjà une volupté* ».

Au sortir d'un voyage où le soleil n'a pas cessé de briller un seul jour dans le ciel le plus pur, mais où des pentes raides devaient être continuellement gravies, oserai-je émettre le vœu que les constructeurs d'automobiles, toujours en quête de perfectionnements, s'ingénient davantage à fabriquer des voitures plus aptes à grimper rapidement sur les sommets ?

Je sais bien que l'été 1932 a été exceptionnellement chaud et que les moteurs d'automobiles avaient le droit de souffrir de la chaleur, tout comme les humains. Peut-être cependant pourrait-on étudier tels dispositifs refroidissant plus efficacement les moteurs : c'est un progrès dont on ne paraît pas se soucier suffisamment.

Pourquoi enfin les constructeurs d'autos se bornent-ils si souvent à nous donner trois vitesses ? Quatre vitesses vaudraient mieux et nous permettraient de monter plus agréablement les côtes.

Mais je m'en voudrais d'insister sur des questions qui ne sont pas de ma compétence et je laisse à de plus qualifiés que moi le soin de les résoudre.

LE " FAIT HYDROLOGIQUE " DANS L'HISTOIRE DES SCIENCES

Autour du Congrès de Vichy.

(Art. I.)

Nos stations thermales sont comme les gens de qualité ; elles ont un arbre généalogique, un arbre qui doit leur faire bien des jaloux, car il n'a pas de coupures et porte ses racines très loin, par delà les frontières de l'histoire.

Prof. CHABROL.

Sous la présidence de M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine, viennent de se tenir, à Vichy, les solennelles assises du Congrès international de la lithiase biliaire. Il sera donné ici même les plus larges comptes-rendus de cette imposante manifestation. Pour nous, qui, depuis plus de vingt ans, poursuivons la possibilité de présenter, un jour, une synthèse de l'Histoire des Eaux minérales, nous intégrons la publication des rapports présentés au Congrès au sein même de diverses publications qui, au cours de cette année 1932, ont été offertes par d'éminentes personnalités aux hydrologues français. Nous voudrions, deci, delà, en quelques lignes, marquer l'intérêt de chacune d'elles.

***

M. le Dr Étienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, aime l'Histoire comme étant la science la plus représentative d'une haute culture générale. Arverne fils d'Averne, ce maître était naturellement porté vers l'étude des origines des villes d'eaux de l'Auvergne thermale à l'époque gallo-romaine.

La documentation est d'importance. Faut-il encore choisir parmi elle et exhumer le document *princeps*, le *fait privilégié* qui donnera toute sa valeur au travail. D'autre part, la multiplicité des notes documentaires sont le matériel de la recherche, et une ligne ici, une autre ligne là, donnent quelquefois, plus souvent que l'on ne l'imagine, la clef d'un point d'interrogation dont il semblait que celui-ci devait rester une énigme. La bibliographie dont M. Chabrol accompagne son mémoire mérite, a elle seule, qu'elle soit signalée.

Écoutez Pline : *Les Sources augmentent le nombre des divinités et font surgir des villes.* Or, bien avant la conquête de la Gaule par les Romains nos fiers ancêtres, sous l'égide d'Evahus et de Borvo, à qui ils avaient élevé des autels, fréquentaient les sources qui feront la renommée de Bourbonne-les-Bains, de Bourbon-Lancy, de Bourbon-l'Archambault, de la Bourboule, d'Eaux...

Mais les Romains y apportèrent leurs méthodes, leur goût pour l'achitecture grandiose qui les a immortalisés, et le thermalisme gallo-romain reçut, de cette pénétration, un incomparable éclat.

Comme il serait curieux de suivre nos grands aïeux à travers leur pays, utilisant, pour se guider, l'« itinéraire d'Antonin » et, plus tard, la « carte de Peutinger ».

La carte de Peutinger, écrit M. le professeur Chabrol, a joué un très grand rôle dans la géographie de la Gaule. Elle avait été établie par des moines dont le nom n'est jamais parvenu à la postérité mais qui avaient fait, là, une œuvre très importante ; elle ne mesurait pas moins de 7 à 8 mètres en longueur et représentait assez bien les agglomérations principales de la Gaule, vers le IIIe *et* IVe *siècle de notre ère. En 1520, l'une de ces copies se trouvait entre les mains d'un antiquaire d'Augsbourg, Armand, di Peutinger : ce fut l'origine de son nom. Vous y voyez tracées une série de lignes plus ou moins fantaisistes qui représentent cours d'eaux, routes et*

VARIÉTÉS *(Suite)*

montagnes. Les routes sont jalonnées de petits édifices qui, par leur forme et leur toiture, évoquent assez bien l'architecture d'un temple. Ce sont des signes thermaux soulignant l'emplacement des stations hydrominérales.

Inutile de rappeler ici de quelles controverses s'accompagna la lecture de cette carte !

Clinicien, numismate, archéologue, M. Chabrol nous présente une véritable collection de musée. C'est le petit bronze de Vichy, « pièce unique dans l'histoire du thermalisme », *le Buveur de Vichy*, d'une touche et d'une expression incomparables. C'est encore l'homme barbu au bras en écharpe. Au Mont-Dore, c'est le vieux Romain, affectionné de Landouzy... Descriptions du caldarium ou sudatorium, de l'apoditérium où le baigneur retrouve son costume après son bain. Enfin, strigilation : opération terminale. Tour à tour, Néris, Vichy, Royat, le Mont-Dore, la Bourboule, Saint-Nectaire, Evaux, Coren-les-Eaux, Chaudes-aigues, Ydes, Vic-sur-Cère retiennent l'attention du lecteur de M. Chabrol. Mais avec combien de raison l'auteur nous fait assister à la mystique thermale de cette période gallo-romaine ! Culte d'Apollon, culte de Mercure, culte d'Hercule : temples du Mont-Dore, temples du Puy-de-Dôme, en êtes les irrécusables témoins. Plaques votives, autels votifs, ex-voto de toute nature, groupent autour de leurs inscriptions reconnaissantes des fragments de torse ou de membre rappelant la fracture ou la paralysie guérie par le dieu tutélaire et bon.

De nombreuses figurines rappelant les traits des diverses Vénus Anadyomène, Vénus à la Pomme, Vénus pudique (?). A Néris, ce sont des poupées mal équarries, taillées dans le bois : elles ont été découvertes à Corren...

Et puis ? et puis... les invasions des Alamans, des Goths, la pénétration de la religion nouvelle qui détourne la foule des divinités païennes...

« Écoutons les plaintes de la Naïade à l'heure où le silence des étoiles descend sur la Ville endormie... Mais la Naïade garde son mystère, car, femme, elle sait que, pour plaire, elle doit conserver son mystère et ne pas trop se dévoiler »... fût-ce devant la Science !

Ainsi parla M. le professeur Chabrol.

(A suivre.) Dr MOLINÉRY.

COMPARAISON ENTRE LES CALENDRIERS

Par E. ACHELIS.

Fêtes internationales.

Jour de l'an et jour bissextil. — En ce qui concerne ces nouveaux jours, nous sommes heureux de dire que nous les devons aux partisans du calendrier de treize mois, qui ont créé le « jour de l'an » et le « jour bissextil » comme fêtes internationales. Comme nous l'avons déjà dit, le trois cent soixante-cinquième jour de l'année est intercalé entre la fin de l'année ancienne et le commencement de l'année nouvelle, entre le dernier jour de décembre et le premier jour de janvier. Portant un nouveau nom — le Jour de l'an, — ce jour ne pourrait être considéré comme « un jour creux ». Le calendrier fixe international donne au jour de l'an la date du 29 décembre, qui vient immédiatement après le dernier jour, le 28 décembre, mais il lui refuse une place dans la semaine. Il n'a pas de nom de semaine. C'est là une situation intenable, car il est impossible qu'une date ou un jour se trouve ainsi suspendu en l'air, sans soutien.

Le calendrier mondial donne au jour de l'an, non seulement un nom et une date, mais encore sa position dans la semaine. En fait, ce jour est l'ancienne date du 31 décembre, convertie en jour de l'an qui suit le 30 décembre. Il serait placé dans l'ordre des semaines, comme un jour double, qui peut être comparé à ce jour supplémentaire qu'un voyageur gagne quand il passe de l'hémisphère Est à l'hémisphère Ouest et coupe la ligne internationale au cent quatre-vingtième méridien, dans le Pacifique. Feu Robert Bridges, poète-lauréat de Grande-Bretagne, décrit d'une façon charmante ce jour supplémentaire : « Quand celui qui vogue vers l'ouest trouvera un jour jumeau dans son calendrier ». Nous lisons aussi au chapitre IV de *Little America* qu'ils eurent deux Noël quand leur navire coupa le cent quatre-vingtième méridien, et le deuxième jour de Noël fut déclaré le Noël officiel. Par conséquent, l'arrangement qui consiste à créer un jour supplémentaire — un double samedi — est scientifiquement correct. Le double samedi, ou « jour jumeau », suivrait immédiatement le septième jour, samedi, et son jour et sa date seraient le second samedi 30 décembre, complétant ainsi l'année de trois cent soixante-cinq jours.

De même, le « jour bissextil », qui tombe tous les quatre ans (pour équilibrer le temps), serait placé à la mi-été, remplaçant ainsi l'ancienne date d'hiver, du 29 février. Il serait inséré entre le dernier jour de juin et le premier jour de juillet, et serait placé dans la semaine comme un double samedi, le deuxième samedi 30 juin. Il donnerait lieu à un autre jour férié international, et semblable au jour de l'an. On pourrait le célébrer comme un jour

VARIÉTÉS *(Suite)*

consacré à resserrer les liens d'amitié universelle. Ces deux jours maintiennent l'équilibre de l'année. Les partisans du calendrier fixe international voudraient insérer le jour bissextil entre juin et le mois nouveau, sol, comme il a déjà été dit. Sa date serait le 29 juin, mais comme le jour de l'an, il n'aurait pas de nom de jour de semaine.

En faisant tomber ces deux jours fériés internationaux sur deux doubles samedis de quarante-huit heures chacun, à la fin de la semaine, tout danger de dimanches « mobiles » serait éliminé, dans le calendrier mondial. Le premier jour de ces doubles samedis de vingt-quatre heures serait nommé samedi 30 décembre ou 30 juin, honorant et équilibrant ainsi le septième jour de la semaine, samedi, et le deuxième de ces doubles samedis (vingt-quatre heures), jour de l'an et jour bissextil, tomberait sur le second samedi 30 décembre et le second samedi 30 juin, avec la date de l'année faisant suite. Avec cet arrangement, le 1er janvier et le 1er juillet tomberaient toujours un dimanche, le premier jour de la semaine, et la régularité de l'année serait maintenue, de façon à rendre le calendrier perpétuel. Il est naturellement évident qu'en observant le deuxième samedi 30 décembre — jour de l'an — comme jour férié, ce jour prendrait la place de l'ancienne fête du jour de l'an. Le jour suivant serait dimanche 1er janvier — jour de l'an — et l'année ouvrable commencerait régulièrement le lundi 2 janvier. A présent, quand le jour de l'an tombe un dimanche, la fête est célébrée le lundi 2 janvier. Avec le calendrier mondial, la fête est toujours célébrée un jour spécial, jour de l'an. Ce nouveau jour et cette nouvelle date tombant après le septième jour, samedi 30 décembre, et avant le premier jour, dimanche 1er janvier, seraient célébrés comme une fête internationale, ce qui ajouterait un autre jour au « week-end » de la saison fériée. Chaque année deviendrait, de ce fait, une entité séparée, complète en soi, et ne serait pas reliée à la suivante, comme par le passé, par des semaines successives. Le dimanche 1er janvier (jour de l'an actuel) commencerait toujours la nouvelle année et la nouvelle semaine, ce qui ferait du samedi suivant le septième jour de la semaine, en ordre régulier.

Fêtes religieuses.

Pâques. — Pâques, la fête mobile religieuse qui préoccupe tant les réformateurs du calendrier, trouverait enfin une assise dans le calendrier mondial. Ce jour de fête mobile a causé beaucoup de gêne et de pertes à l'industrie du vêtement, aux agences de tourisme, aux établissements d'éducation et autres organisations. On a suggéré de faire tomber Pâques le dimanche qui suit le second samedi d'avril — façon bien maladroite de dire le 15 avril. A un certain point de vue, cette date donne lieu à confusion, car le 1er et le 15 du mois, dans la pensée de la plupart des gens, sont liés aux questions monétaires. La date logique pour la célébration de Pâques semble être le dimanche 8 avril, ce qui ferait tomber le vendredi saint le 6 avril, et la Pentecôte le 26 mai. Le 8 avril tombe à mi-chemin entre le 22 mars et le 25 avril, période au cours de laquelle, par le passé, Pâques a voyagé. Autant que les historiographes et les astronomes soient en mesure de nous le dire, la Crucifixion a eu lieu aux alentours du vendredi 7 avril. Nous ne croyons pas que les autorités ecclésiastiques soulèvent quelque objection à l'établissement du 8 avril comme date fixe pour la commémoration de la Résurrection. Au cas où cette date serait trop hors de saison pour les latitudes nord, la date suivante la plus favorable qu'on puisse considérer serait le 22 avril, ce qui ferait tomber la Pentecôte le 10 juin.

Noël. — La Noël, qui termine à peu près les fêtes au calendrier de l'année, aura également une place permanente, en ce qui concerne le jour et la date. Aucun changement de date n'est nécessaire pour la Noël, car le 25 décembre tombe régulièrement un lundi, dans le calendrier mondial. Il n'y aurait aucune confusion, aucune des associations qui nous sont chères ne serait troublée, et un congé de « week-end » de deux jours et demi arriverait à point nommé, et dans l'ordre naturel. Dans le calendrier fixe international, un tel arrangement serait impossible. Noël tomberait le mercredi 25 décembre, ou bien il devrait être reporté au 23 décembre, si l'on veut un congé de « week-end » de deux jours et demi. Il est douteux qu'un changement de ce genre soit accueilli favorablement par le public, tant aux États-Unis que dans les autres pays.

Conclusions.

Le calendrier mondial remplit toutes les conditions nécessaires. — Cette étude des deux projets de calendriers — le calendrier fixe international et le calendrier mondial — nous amène à conclure que la transition entraînée nécessairement par l'adoption de ce dernier projet donnerait lieu à un minimum de confusion et de bouleversements.

Une transformation trop violemment radicale est souvent destructive. Cela prend des années pour défaire et corriger le mal et la destruction

VARIÉTÉS *(Suite)*

résultant d'une action trop énergique et trop hâtive.

Nous déconseillons les mesures inconsidérées et révolutionnaires, étant partisans en tout temps, pour la réforme du calendrier, comme en toutes autres choses, de méthodes plus modérées et plus prudentes.

Le calendrier mondial semble remplir admirablement ces conditions, offrant un plan excellent comme base plus pratique d'action.

Tout accord sur la réforme du calendrier fait par la Conférence générale des communications et transits de la Société des Nations, à laquelle nous avons déjà fait allusion, devra se faire sous forme de traité. Ce traité, après ratification par les différents gouvernements, prendrait force de loi dans chaque pays, loi qui pourvoirait à la conversion de toutes les dates nécessaires au passage de l'ancien au nouveau calendrier. Toutes les nations, tous les corps religieux, toutes les organisations et tous les individus devraient coopérer afin d'obtenir cet accord international.

Avant qu'aucune ratification de la part du Sénat puisse avoir lieu aux États-Unis d'Amérique, chaque citoyen devra avoir voix au règlement de cette question. Ceci pourra être déterminé par voie de referendum national ; la décision finale du peuple entier deviendrait ensuite une loi du pays.

Nous sommes d'avis que le calendrier mondial sera le pont qui unit le passé au présent, ainsi qu'au futur. C'est un système raisonnable qui divise l'année et l'arrange selon un ordre régulier, pour les besoins du commerce ; il tient compte des données astronomiques ; il respecte les idées et coutumes religieuses ; il stabilise les jours fériés ; il est équilibré dans sa structure et perpétuel dans sa forme ; il répond à nos besoins actuels ; il s'adapte facilement aux usages nationaux et internationaux ; il est tempéré dans ses réformes et la transition se fait sans difficulté, par suite de la rétention des douze mois. Toutes les phases de l'existence ne se trouvent pas soumises aux activités commerciales.

Un calendrier uniforme, qui permettrait la computation du temps dans le monde entier, est un événement si formidable, si vaste dans sa portée, que nous nous sentons transportés par la pensée des possibilités sans fin qu'il nous offre !

ÉCHOS

Les causes pathologiques des accidents d'automobile.

Le ministre de la Santé publique vient de constituer sous sa présidence une commission d'étude des causes pathologiques des accidents d'automobile.

L'arrêté est motivé de la façon suivante :

« Les accidents d'automobile, dont la multiplicité et la quantité constituent, par les morts et les invalidités graves qu'ils entraînent, un péril croissant pour notre population, ont, pour le plus grand nombre, des causes pathologiques qu'il importe de dégager.

« Les lourdes digestions et les libations des sorties dominicales ont leur part de responsabilité. Mais il faut tenir compte des états mentaux légers si nombreux qu'aggrave la vitesse, qu'excite le dépassement des autres véhicules, etc. D'autre part, la fatigue des longues heures passées au volant amoindrit et annihile l'attention et les réflexes.

« C'est pour étudier les problèmes physiologiques et médicaux que posent les trop nombreux accidents d'automobile et en dégager les enseignements qu'est instituée une commission spéciale ».

La commission est ainsi composée :

Vice-président : M. Serge Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance.

Membres : MM. le baron Petiet, président de la Chambre syndicale des constructeurs d'automobiles ; le vicomte de Rohan, président de l'Automobile-Club de France ; Edmond Chaix, président du Touring-Club de France ; Max Hermant, président du Comité général des assurances ; le Dr Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs, conseiller technique du ministère de la Santé publique ; le Dr Toulouse, médecin directeur du service libre de prophylaxie mentale à l'hôpital Henri-Rousselle ; le Dr Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique ; le professeur Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; le Dr Godlewski, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France



LA MÉDECINE AU PALAIS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS
APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX

Les procès intentés par les médecins en paiement de leurs honoraires sont malheureusement très nombreux, et de leur ensemble résulte une jurisprudence qui paraît déterminer assez exactement aujourd'hui comment doivent être appréciés les honoraires et sur quelles bases les tribunaux peuvent les fixer.

En effet, il n'existe pas à proprement parler de tarif médical, et comme, quand le médecin réclame des honoraires, le client qui n'a plus besoin de lui se soucie peu de les payer et veut en tout cas payer le moins possible, on en est arrivé nécessairement à donner aux tribunaux un pouvoir d'appréciation pour fixer le montant des réclamations.

D'une manière générale on peut dire que la détermination du chiffre des honoraires médicaux résulte d'éléments très divers. Les tribunaux prennent en considération la gravité de la maladie ou de l'opération, mais ils ont soin de ne pas mettre en valeur le résultat obtenu, ce qui permettrait à tous les mauvais payeurs, en cas de décès ou de non-réussite, d'essayer de ne pas payer.

En second lieu, les tribunaux tiennent compte de la position et de la situation de fortune du malade. D'autre part, ils tiennent compte également des titres et de la position professionnelle du médecin, ces deux éléments se complétant et permettant aux tribunaux d'apprécier avec équité les majorations de prix qu'on doit accorder en raison de la notoriété du médecin ou en raison de la fortune du malade.

Enfin les juges tiennent compte de la perte de temps et des difficultés que le médecin a éprouvées ainsi que l'éloignement du lieu où il a été appelé.

Quand il s'agit uniquement de médecine générale, les juges tiennent également compte du nombre des visites qui ont été faites.

C'est de l'ensemble des arrêts rendus qu'on peut retenir ces éléments.

Une question plus spéciale s'est posée en ce qui concerne la majoration de prix applicable aux visites faites pendant la nuit. A cet égard, la jurisprudence a reconnu, dans un arrêt de la Cour

LA MÉDECINE AU PALAIS *(suite)*

de Lyon du 15 novembre 1898 (Dalloz, 99-2-371), que les visites faites pendant la nuit ne doivent point être considérées comme des visites ordinaires et que les juges ont tous pouvoirs pour reconnaître au médecin le droit de les compter à un tarif plus élevé.

Cet arrêt comporte un autre point intéressant, c'est qu'il tient compte également du caractère des visites et il déclare « que certaines de ces visites ont eu lieu la nuit, qu'elles se sont parfois terminées par des opérations d'un genre assez répugnant pour autoriser l'homme de l'art à en majorer le prix ».

Devant la Cour de Bordeaux s'est présentée également une autre question. Il s'agissait d'un malade qui était resté pendant plusieurs mois dans un état assez grave pour nécessiter de nombreuses visites : il avait besoin de soins de nature particulière ; dès lors la Cour de Bordeaux, par un arrêt du 16 février 1900 (Dall., 1900-2-206), a décidé qu'il ne fallait pas calculer le montant des honoraires d'après le prix d'une visite isolée, ou en prenant pour base un nombre de visites restreint, mais suivant l'ensemble des soins donnés.

Dans cette même espèce, les héritiers du malade avaient refusé de payer la note du médecin en disant que le médecin était considéré par le malade comme un véritable ami et qu'en conséquence il fallait appliquer dans l'espèce un traitement de faveur.

Sur ce point, la Cour de Bordeaux a spécifié que les sentiments d'amitié ayant existé entre le malade et le médecin ne constituaient pas un motif suffisant pour abaisser les chiffres d'honoraires dus au médecin et que les tribunaux « ont à réprimer l'ingratitude du client qui refuse de se libérer ».

Au point de vue des honoraires, une question plus récente s'est posée à propos des traitements à forfait.

En principe, rien ne s'oppose à ce que le médecin convienne avec le malade que le traitement entier de la maladie ou de l'opération soit réglé à un prix déterminé. Évidemment, il faut qu'au moment de la convention chacun ait été libre de l'accepter ou de la refuser et que le client ait accepté le forfait en toute liberté d'esprit. Mais le tribunal de la Seine, dans un jugement du 21 mai 1910, appelé à statuer sur un forfait, a déclaré que la convention librement intervenue fait

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

désormais la loi des parties. Il importe donc peu que la maladie qui paraissait grave ait été bénigne ; que l'opération qui paraissait facile ait entraîné des complications ; dans l'un comme dans l'autre cas les parties doivent exécuter la convention, et si le malade ne peut pas payer moins, le médecin ne peut exiger davantage.

La preuve de ces contrats à forfait est souvent difficile à faire ; il est rare que le médecin ou le chirurgien aient pris soin de se procurer un engagement écrit de l'obligation contractée par le malade, et dès lors, en cas de dénégation, le malade peut opposer au médecin qui ne fait pas la preuve par écrit de sa créance. Il pourrait même prétendre que, n'ayant pas de commencement de preuve par écrit, le médecin ne peut pas faire la preuve par enquête. En raison de l'impossibilité où on se trouverait dans ce cas d'apporter une preuve, la Cour de Paris, par un arrêt du 15 mars 1905 (Dall., 1907-2-357) a reconnu pour le médecin comme pour le chirurgien le droit de faire la preuve par témoins des engagements pris soit par le malade, soit par ceux qui ont requis l'intervention du médecin.

Cette question, qui avait été jugée par la Cour de Paris, est allée sur pourvoi jusqu'à la Cour de cassation et, par un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 13 avril 1910 (Dall., 1911-1-14), il a été reconnu que l'impossibilité morale pour le créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation permet la preuve par témoins. En particulier, l'arrêt déclare que le médecin doit être considéré pour le paiement de ses honoraires comme n'ayant pu moralement se procurer une preuve écrite de l'obligation contractée envers lui par le malade. Réciproquement et pour la même raison, le malade peut être admis à établir, même en dehors de tout écrit, les engagements que le médecin aurait pris vis-à-vis de lui quant aux honoraires ; notamment, la jurisprudence admet que le malade peut prouver que le médecin s'est engagé à ne rien lui réclamer.

Ainsi, alors qu'en principe la preuve testimoniale est exclue en matière d'obligations conventionnelles quand l'objet du litige est supérieur à 500 francs, cette règle reçoit une exception importante quand il a été impossible au créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation contractée envers lui ; que cette impossibilité soit physique ou que cette impossibilité soit simplement morale.

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

Séance du 29 janvier 1932.

Restauration des pertes de substance de la pyramide nasale. — M. SANVENERO ROSELLI (de Milan) présente une série de photographies avant et après opérations concernant plus particulièrement les mutilations du dos et de la pointe du nez, mutilations subtotales et totales restaurées d'après les différentes méthodes de la chirurgie plastique.

Procédé amélioré d'ablation de kystes de la queue du sourcil et de l'orbite (avec instruments nouveaux). — M. A. TERSON (de Paris) épile, au lieu de raser, la région à opérer, et l'autre côté, pour éviter le disparate que produisait le rasage ; il libère le kyste avec un bistouri mousse et charge le pédicule adhérent sur un grand crochet à strabisme. Les sutures cutanées sont faites avec une pince à extrémités bifurquées qui tendent bien la peau.

Contribution à la réfection de la lèvre inférieure. — M. BURIAN (de Prague). — Dans la conservation des lèvres, Burian insiste sur la conservation de la motilité et, en particulier, préconise la transplantation de lambeaux musculaires, dont on a conservé les rameaux du nerf facial.

1° Opération plastique, esthétique d'un hémangiome de la face. 2° Ivoire, os ou cartilage lors de la reconstitution d'un nez en forme de selle. — M. DESELAERS (de Barcelone) ;

A propos de la correction des nez ensellés. — M. CLAOUÉ (de Paris). — Présentation de cas de nez ensellés, corrigés par inclusion d'ivoire, avec photographies et radiographies avant et après l'opération. Le Dr Claoué expose la forme particulière qu'il donne au bloc à inclure et présente une de ses opérées.

Une vieille méthode, un nouvel appareil : le self-ionisateur. — M. ACQUAVIVA (de Paris). — Présentation du self-ionisateur qui a été conçu pour permettre l'emploi à domicile, par le patient lui-même, commodément et sans risques, de l'ionothérapie.

L'ectropion de la lèvre supérieure. — M. MULLER (de Belfort) explique très clairement comment il fait la résection de la muqueuse en ectropion et il présente deux photographies avant et après l'opération qui démontrent combien les résultats esthétiques sont satisfaisants.

Un cas de correction morphologique et de reliquats laissés par une opération antérieure de chirurgie plastique du sein par transposition de l'aréole et du mamelon. — M. DARTIGUES (de Paris). — Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui avait été opérée par le procédé de la transposition, cinq mois auparavant, par un autre chirurgien et qui conservait des cicatrices très apparentes ne correspondant pas au pli sous-mammaire, encore un trop gros volume des seins et surtout un écart des deux mamelons, fort disgracieux. Pour amener cette correction, l'auteur a réséqué de chaque côté deux grands lambeaux ovalaires cutanés, suivis de la résection d'une portion des deux glandes, du poids d'une demi-livre. L'opération pratiquée, la forme générale des seins est devenue parfaite et les deux mamelons ont été rapprochés d'une façon normale. En position penchée en avant, les seins restent plaqués contre la poitrine.

Procédé personnel des sutures des tendons fléchisseurs des doigts. — M. MONTANT (de Paris). — Quelques considérations personnelles sur la chirurgie réparatrice des sections des tendons fléchisseurs. L'auteur insiste sur les indications formelles de la suture primitive (ce qui est contraire à l'opinion classique) et sur l'inutilité de la réfection de l'appareil de glissement du tendon. Sa statistique comporte 28 succès sur 32 cas.

Esthétique et attitudes ptosées chez l'enfant. — Dr ROBIN (de Paris). — Ce sont les deux termes qui, en médecine, pourraient servir de critérium pour exprimer l'état de santé parfaite et l'état de santé déficiente ou mauvaise. Chez de nombreux enfants qui se portent mal sans être de vrais malades, l'attitude est toujours ptosée. La glossoptose restant une des causes les plus fréquentes de l'attitude ptosée, et conséquemment des ptoses en général, il est nécessaire de la rechercher et de la traiter dès que le diagnostic est fait, l'enfant n'eût-il que deux ans.

De la sympathectomie péri-artérielle préalable pour les amputations des membres ; conséquences au point de vue plastique. — M. PETIT (de Paris). — La sympathectomie péri-artérielle peut reculer les limites du champ d'action utile de la chirurgie plastique. Deux exemples le prouveront : Un artérioscléreux de soixante-quatre ans, menaçant de faire de la gangrène du petit orteil présentait une faible oscillométrie à la cuisse et au mollet. La sympathectomie péri-artérielle de la fémorale au triangle de Scarpa, sur 7 centimètres, amena la disparition des crises douloureuses et le retour à l'état normal du petit orteil. Guérison depuis plus d'un an.

2° Un artérioscléreux athéromateux de soixante-dix ans perd par gangrène le deuxième orteil et présente des signes de gangrène du premier et du troisième orteil droit. Oscillométrie nulle au mollet, nulle à la cuisse au dessus du genou. Sympathectomie au triangle de Scarpa. Onze jours plus tard, l'oscillométrie étant redevenue bonne à la cuisse, au-dessus du genou, il devint possible de pratiquer raisonnablement l'amputation circulaire Réunion par première intention.

M. MALINIAK (de New-York). — Revue général, concernant l'opération des rides, avec de nombreuses photographies.

Résultats opératoires dans l'ankylose temporo-maxillaire. — M. J. JIANO (de Bucarest). — Présentation de deux observations concernant : l'une l'ankylose temporo-maxillaire, suite d'ostéite post-exanthématique, l'autre concernant l'ankylose post-variolique.

Traitement des plaies de la face par rapprochement sans suture. — M. COUDRAY (de Paris) présente un procédé très simple de rapprochement des plaies de la face sans suture, donnant au point de vue esthétique des cicatrices aussi petites qu'il est possible.

1° Le point de vue esthétique dans le traitement chirurgical, diathermique et radiumthérapique des épithéliomas de la face ; 2° Au sujet d'un angiome de la région sus-orbitaire traité en deux temps par l'association diathermo-chirurgie. — M. ARDOUIN (de Parthenay).

Desse ENNA GLASMER (de Heibelberg). — Insiste sur l'utilité de l'examen de la peau par la dactyloscopie, avant les opérations esthétiques de la poitrine.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Tatouage et détatouage. — La Desse A. PROST (de Paris) expose différents procédés de détatouage et décrit ceux qui sont les plus employés à l'heure actuelle. Les agents chimiques et physiques ont permis, depuis ces dernières années; d'obtenir, grâce à des techniques spéciales, des détatouages parfaits à la suite desquels la cicatrice est souple, plane, et très peu visible.

Note sur l'anatomie vasculaire de la glande mammaire. — MM. DARTIGUES et MAX LEYDIER (de Paris). — L'anatomie est immuable ; son utilité reste la même, mais son importance peut varier suivant les époques de la science, ainsi la question artérielle qui intéresse le chirurgien au point de vue de l'exérèse reste tout de même au second plan, tandis qu'elle peut prendre un nouvel intérêt et alors primordial du fait de se rapporter à la chirurgie plastique. Pour celle du sein, il est nécessaire de reviser l'artérialisation de la glande mammaire pour éviter, dans les techniques, des phénomènes de sphacèle possibles. Sur des recherches et des dissections anatomiques, les auteurs ont pu rectifier certains points et préciser la description de la vascularisation artérielle à ce point de vue.

SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

Assemblée générale du 10 *mars* 1932, *sous la présidence de M. le professeur* GOUGEROT.

A l'occasion de cette réunion, M. Sicard de Plauzoles, secrétaire général, exposant le rapport annuel de l'activité de la société; en montre toute l'utilité.

Une importante enquête, menée par M. Robin auprès des membres de l'enseignement sur *l'éducation sexuelle*, a donné des réponses nombreuses et des suggestions fort intéressantes. M. Chatton, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, a donné un projet très étudié pour rendre cet enseignement facile et introduire la notion de prophylaxie tout naturellement, sans soulever la moindre question embarrassante. M. Ch. Gide, professeur au Collège de France, insiste, dans sa réponse, sur la nécessité, à ses yeux, de séparer l'étude des sciences biologiques de la morale sexuelle. Un rapport d'ensemble sera préparé pour établir un programme défini qui sera soumis aux pouvoirs publics.

La société, par ailleurs, a continué sa lutte contre la traite des femmes et a fourni d'importants documents à cet égard suivis d'une pétition demandant la sévère répression des faits signalés.

De nombreuses conférences ont été faites pour essayer de lutter contre la prostitution, pour propager les notions d'éducation sexuelle et montrer le risque des maladies vénériennes.

MM. Bizard, Carle, Rabut et Benech, Mmes Montreuil-Strauss, Eyraud-Dechaux, Legrand-Falco, Gracia Jourda ont eu particulier grandement aidé la Société de prophylaxie dans son œuvre.

Fidèle à ses habitudes de rappeler à chaque assemblée générale le souvenir d'un maître, la Société a entendu l'éloge de Rollet exposé d'une manière particulièrement vivante et documentée par son petit-fils Jean Lacassagne.

Rollet, né en 1824, interne des hôpitaux de Paris en 1845, devient chirurgien de l'Antiquaille à Lyon en 1855 où il ne cesse, grâce à un esprit d'observation très vif, aidé d'une logique remarquable, à jeter de la clarté sur tous les sujets encore obscurs de la vénéréologie. Il démontre la dualité des chancres, fixe la durée d'incubation du chancre induré, découvre l'existence du chancre mixte (1857), prouve la contagiosité des accidents secondaires avec toutes les conséquences que cela entraîne (avant lui, entre autres, on considérait sans danger de confier à une nourrice un enfant syphilitique). Il étudie le chancre vaccinal, affirme la nature contagieuse de la blennorragie, écrit d'importants ouvrages de vénéréologie. Ceci est établi en dix ans, parmi l'hostilité ironique des maîtres d'alors. Ce n'est que près de sa mort que son œuvre fut reconnue et il est enfin nommé, en 1894 — l'année de sa mort, — membre associé de l'Académie de médecine.

Les prochaines réunions de la Société, qui se réunira en outre à l'occasion du centenaire d'A. Fournier, sont fixées au 14 avril et au 9 juin pour l'étude des rapports de MM. Bizard et Carle sur la prostitution clandestine.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 *mars* 1932.

L'action modératrice de la réglisse sur la contractilité de l'intestin isolé. — M. H. BUSQUET signale que la réglisse n'est pas, comme on le croit, une drogue complètement inerte. Elle agit sur les contractions de l'intestin isolé du lapin, en diminuant leur fréquence et leur amplitude ; elle les arrête même complètement à la concentration de 10 p. 1 000 qui est celle de l'infusion de réglisse, parfois utilisée chez l'homme. La glycyrrhizine est l'agent de l'effet intestinal de la réglisse. En raison de ces résultats expérimentaux, on peut se demander si la présence de la réglisse est légitime dans la poudre laxative du Codex, désignée sous le nom de poudre de réglisse composée, et si, au contraire, l'infusion de réglisse ne serait pas un adjuvant utile dans le traitement des diarrhées.

La récurrenthérapie intracranienne. — M. AUGUSTE MARIE présente à la Société quatre observations de paralysie générale traités par récurrenthérapie intracranienne.

Ces cas, opérés en collaboration avec MM. LEVADITI et P. LÉPINE par trépanation aux régions frontales latérales, ont été inoculés ainsi au spirille de Dutton, directement dans les lacs sylviens. Trois rémissions en cours après réactions fébriles continues de vingt-cinq à trente jours.

A propos des « syndromes psychosomatiques ». — M. LOGRE approuve, dans leur ensemble, les tendances « organicistes » de la communication faite en janvier dernier, par le Dr Targowla. Il marque combien cette façon de voir est conforme aux directions les plus anciennes et les plus habituelles de la psychiatrie française. Il serait injuste de parler de la « carence » des doctrines psychiatriques, la médecine mentale ayant essayé d'appliquer, autant que possible, à l'objet de ses études, les acquisitions des autres branches de la pathologie et les conquêtes des sciences annexes. Les progrès de sa thérapeutique ont été parallèles à ceux de la thérapeutique des autres spécialités (les causes pathogènes accessibles et leurs remèdes étant à peu près partout les mêmes). Et c'est pour

ce motif qu'il convient d'attacher une importance toujours plus grande à la recherche des concomitants physiques dans l'étude des troubles psychiques.

Sur les solutions de polysulfures alcalins. — M. R. HUERRE, propose pour le traitement de la séborrhée la formule d'une solution stable contenant 50 p. 100 de son poids de quintisulfure de sodium.

Le mal de mer et son traitement. — MM. GAB. et ROLAND LEVEN, montrent que les causes du mal de mer étant multiples, une thérapeutique efficace ne peut être réalisée que si ce traitement atteint toutes ces causes.

Aussi le traitement qu'ils proposent s'adresse-t-il à l'élément nerveux (médications), à l'élément respiratoire (exercices respiratoires spéciaux), à l'élément gastro-abdominal (contention spéciale de l'abdomen variant avec les sujets).

Ils estiment que le traitement diététique et médicamenteux doit commencer deux jours avant l'embarquement.

M. CAZAMIAN estime qu'il faut, avant tout, calmer l'élément « sympathique » et propose le traitement par l'atropine, facile à appliquer, simple et rapide dans ses effets.

MARCEL LAEMMER.

Séance du 13 avril 1932.

Les polysyphilis. — M. PAUL CHEVALLIER démontre que les disyphilis ne sont pas rares et les réinfections par le tréponème sont parfaitement connues. Quant aux raisons de ces réinfections, l'auteur ne pense pas que celles-ci tiennent au fait de l'excellence d'un premier traitement, car il pense que nos thérapeutiques servent uniquement à maintenir muettes les syphilis ordinaires, et c'est déjà beaucoup.

Pour lui, les polysyphilisés ne présentent aucune tare, ni particuliartiés héréditaires ou acquises spéciales. On peut admettre qu'ils possèdent une disposition physiologique à amenuiser les réactions produites par le virus syphilitique.

M. P. Chevallier désire s'en tenir à l'énoncé de cette dernière phrase, estimant que les problèmes d'immunité ou d'allergie ne sont pas suffisamment connus.

La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. — MM. PAUL CHEVALLIER et G. BERNARD présentent 200 cas de traitement de la syphilis suivant la méthode de Pollitzer, qui démontre l'innocuité de l'attaque arsenicale de haute dose telle que l'applique Pollitzer.

Voici le résumée la méthode :

1° *Précautions essentielles* : Mettre le malade au lit et au lait ; c'est un traitement d'hôpital ou de maison de santé ; surveiller le rein ainsi que le foie.

2° *Technique* : Premier jour : lit, régime lacté exclusif. Deuxième, troisième, quatrième jours : le malade au lit et au lait.

Injection chaque matin, dans la veine, de $0^{gr},90$ de novarsénobenzol : soit une dose totale de $2^{gr},70$ en trois jours ; injections poussées très lentement. Généralement la première injection est rapidement suivie d'une forte ou moyenne élévation fébrile avec malaise général, mais qui ne dure pas. Ensuite, traitement bismuthique ou mercuriel à doses habituelles en traitement ambulatoire; — un mois de repos — et recommencer le traitement.

3° Les adultes jeunes sont les sujets de prédilection, le sexe est indifférent ; les doses données sont des doses pour adultes de corpulence moyenne. La tuberculose paraît être une contre-indication de la méthode.

4° Les résultats sont du même ordre que ceux du traitement arsénobenzolique à doses progressives complétées par des cures de métaux lourds. Les accidents disparaissent sensiblement plus vite que par d'autres méthodes

En résumé, conjugaison d'un court et massif choc arsenical et imprégnation de l'organisme par des métaux lourds. La méthode de Pollitzer paraît aux auteurs, remarquable contre les syphilis actives et plus spécialement pour les syphilis récentes, par la rapidité de l'action, par la solidité de cette action profonde et par son innocuité habituelle pour peu que l'on observe les règles élémentaires de la prudence.

Action thérapeutique de l'hydrothéarapie sur le système symphatique. — A. DEBIDOUR et R. DUBOIS DE SAUJON, en étudiant au moyen de la méthode graphique les variations du pouls de la pression artérielle et des reflexes végétatifs, à la suite des applications de bain de lumière, bain de vapeur, douches, ont pu apprécier l'action de l'hydrothérapie sur le système sympathique, en particulier sur les vaso-moteurs et sur les réflexes végétatifs.

Traitement de certaines algies primitives. — M. MARTINY donne le schéma suivi pour certaines algies primitives, par exemple une sciatique : il commence par donner un paquet de *soufre* pulvérisé et lavé de 10 centigrammes ; généralement il y a aggravation dans les vingt-quatre heures, puis sédation. Ensuite il donne à prendre, en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, la valeur d'un verre d'eau dans lequel on mettra une goutte du mélange suivant : teinture de Bryon et teinture de Rhus toxicodendron à parties égales.

L'auteur, qui, comme on le voit, est partisan de méthodes homœopathiques, pense que ces algies primitives ont pour étiologie un terrain tuberculeux (il en a fait le contrôle par la réaction du « Vernes résorcine » associée à la sédimentation globulaire) ; aussi l'auteur fait-il dans la suite des injections de tuberculine à une dilution extrêmement élevée : 3 centimètres cubes d'une dilution à la puissance de 10^{-9}. Cette injection est parfois suivie d'aggravation, mais ensuite suivie de sédation remarquable.

Chirurgie cardio-pulmonaire expérimentale. — M. GEORGES ROSENTHAL, grâce au pneumothorax préalable, découvre aisément le cœur du lapin anesthésié au laudanum sous-cutané. Il peut, à volonté, effectuer toute intervention sur le péricarde, ou pratiquer toute injection intracardiaque pour l'étude des actions médicamenteuses du shock, etc. Ces expériences continuent des études antérieures de chirurgie expérimentale du poumon.

MARCEL LAEMMER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juin 1932.

Traitement de l'asthme. — M. HOULIÉ (de Rouen) présente une asthmatique guérie âgée de trente ans, et dont l'asthme avait débuté à l'âge de huit ans. Il rapporte

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

également l'observation d'une asthmatique, remarquablement améliorée, dont l'asthme avait débuté à l'âge de treize ans. Ces résultats ont été obtenus par le traitement de fronto-ethmoïdites latentes, véritables foyers infectieux susceptibles d'agir à distance.

Le stovarsol et le traitement de la « maladie du jeune âge des chiens ». — M. BOUCHET rappelle que cette infection est contagieuse, polymorphe et vaccinante. Ses complications cérébro-spinales sont de beaucoup les plus graves : 60 à 70 p. 100 de pertes. Le stovarsol sodique en injections intraveineuses à la dose de 5 centigrammes par kilogramme d'animal paraît prévenir l'apparition de ces localisations nerveuses, ou du moins les réduire dans la proportion des trois quarts.

Conception actuelle et indications de la bronchoscopie. — M. A. SOULAS présente un film cinématographique en dessins animés destiné à montrer la technique et les indications nouvelles des méthodes bronchoscopiques. Celles-ci constituent non seulement un moyen de confirmation ou de précision du diagnostic, mais surtout une méthode de traitement : drainage, aspiration, instillations médicamenteuses, abrasion de tumeurs bénignes ; dilatation de sténoses, extraction de corps étrangers de nature variable. A condition de respecter les règles de technique (outillage perfectionné, travail en équipe entraînée), la bronchoscopie n'est ni dangereuse, ni traumatisante ; elle est devenue une manœuvre simple, d'usage courant, tandis que ses applications se sont considérablement élargies.

Évolution du dolichocôlon. — M. AUBOURG montre qu'il est impossible de chiffrer la limite où la longueur d'un côlon devient anormale et que seule, une grande habitude de la radiographie peut permettre ce diagnostic. Cette malformation peut rester longtemps silencieuse, et dans ses formes frustes revêtir de nombreux aspects cliniques. Dans chaque forme, la radiologie fournit d'utiles précisions tant sur l'anatomie que sur la physiologie des côlons. Les repas multiples risquent pourtant de donner des renseignements très incomplets. En face de cette anomalie d'une fréquence inattendue, il ne faut jamais désespérer d'une guérison clinique.

L'immigration exotique. — Pour M. R. MARTINI, celle-ci doit être préparée avec encore plus de soin que l'immigration intereuropéenne. Les races intéressées sont moins bien connues, susceptibles à l'égard du climat, des transports, de la nourriture, des maladies et du régime de travail. Les opérations de sélection et de prophylaxie, les mesures d'hygiène, doivent être rigoureusement appliquées. L'Etat au profit duquel la migration s'opère a le devoir impérieux de préparer l'implantation dans tous ses détails.

Information et interrogatoire en neuro-psychiatrie infantile. — M. H.-M. FAY montre toute la complexité de l'examen neuro-psychiatrique des enfants et la nécessité qu'il y a à s'entourer pour chaque cas de tous les renseignements utiles touchant les antécédents héréditaires et personnels, la personnalité et le comportement du malade, sa vie et ses capacités scolaires, enfin, son milieu familial et social. Il communique et commente les feuilles de renseignements qu'il fait remplir par la famille, les maîtres et les assistantes sociales ou scolaires. Cette documentation facilite grandement les bons résultats psychologiques, pédagogiques et sociaux des consultations pour enfants anormaux du caractère, ou déficients.

P. PROST.

NOUVELLES

Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour les places d'internes en pharmacie s'ouvrira le mardi 15 novembre 1932, à l'hôpital Saint-André, à 8 heures du matin.

Les candidats doivent se faire inscrire au Scrétariat des Hospices quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne peuvent prendre part à ce concours que les étudiants en pharmacie ayant au moins huit inscriptions validées.

Les candidats devront, en outre, justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français.

La durée de l'internat est de trois ans.

Ils reçoivent une indemnité de logement de 150 francs par mois et une indemnité annuelle de 1 000 francs pour la première année, de 1 200 francs pour la deuxième année et de 1 600 francs pour la troisième. Une indemnité de nourriture de 400 francs par mois leur est allouée.

Lorsqu'une ou plusieurs places d'internes en pharmacie deviennent vacantes dans l'intervalle de deux concours, le remplacement a lieu par les internes provisoires classés à la suite des internes titulaires.

Les internes provisoires sont astreints à remplacer les internes titulaires ; en cas de refus, ils ne seront pas admis au concours.

La répartition des internes en pharmacie est faite par le pharmacien en chef des hôpitaux, en suivant l'ordre de classement. Toutefois, ils peuvent être envoyés, selon les besoins du service, d'une façon temporaire, dans un hôpital autre que celui auquel ils ont été attachés primitivement.

Tout élève qui quitte son service sans un congé régulier est considéré comme démissionnaire.

Les internes auxquels il est accordé un congé pour satisfaire à la loi de recrutement sont autorisés à compléter leurs trois années d'internat. Ils sont autorisés à faire une quatrième année d'internat par mesure spéciale et après avis du pharmacien en chef.

L'interne qui reprend ses fonctions après son service militaire est classé en tête de la liste des nouveaux promus de l'année où il reprend son service.

En aucun cas les internes ne peuvent arguer de leurs occupations extérieures pour s'affranchir de leur service au sujet duquel ils sont à la disposition entière du pharmacien en chef et des pharmaciens des établissements.

Le concours de l'internat comprend :

a. *Epreuve d'admissibilité.*

1° Un rapport écrit sur le matériel et les réactifs nécessaires au sujet du *modus operandi* d'une analyse chimique médicale. Cette épreuve est cotée de 0 à 20. Une

NOUVELLES *(Suite)*

demi-heure est accordée pour la rédaction de ce rapport ;

2° Une composition écrite sur un sujet de pharmacie galénique de trois heures de durée. Cette épreuve est cotée de o à 40.

b. *Epreuve d'admission.*

3° Une épreuve orale de dix minutes de durée, précédée d'un quart d'heure de réflexion et portant sur un médicament chimique. Cette épreuve est cotée de o à 30.

4° Une épreuve orale de dix minutes de durée, précédée d'un quart d'heure de réflexion et portant sur un sujet de matière médicale. Cette épreuve est cotée de o à 20.

5°.Une épreuve de reconnaissance de dix produits chimiques, dix produits pharmaceutiques et dix produits de matière médicale. Cette épreuve est cotée de o à 15.

Les candidats ne peuvent être nommés internes titulaires s'ils n'ont obtenu la moitié au moins du nombre total des points que le maximum fixé permettrait d'atteindre.

Tout candidat qui s'abstient de prendre part à l'une des épreuves est mis hors concours.

Les internes sont tenus de se conformer au règlement du Service de santé et aux décisions de la Commission administrative.

Service de santé militaire. — Les mutations suivantes ont prononcées :

Médecin-lieutenant-colonel. — M. Boye (René-Léon-Jules), hôpital Villemin, Paris (pour ordre), détaché au ministère de la Guerre, état-major de l'armée (3e bureau), est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans, médecin-chef (service).

Médecins commandants. — M. Royer (Célestin-Louis-Gustave), 361e rég. d'artillerie portée, Commerey, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun, médecin-chef (service).

M. Liebert (Georges-Louis-Edouard), 35e rég. d'artillerie, Vannes, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Vannes, médecin-chef.

M. Bouissou (Jean-Joseph-Dieudonné), 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, Paris, est affecté à l'hôpital, Villemin, Paris (pour ordre), détaché au ministère de la guerre, état-major de l'armée, 3e bureau.

M. Cames (Jacques), 155e rég. d'artillerie à pied, Strasbourg, est affecté au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, Paris (service).

M. Ryekebuseh (Georges), hôpital sanitaire de Vannes, est maintenu et désigné comme médecin-chef.

M. Goudet (Henri-Marie), école militaire préparatoire de Billom, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier (service).

Médecins capitaines. — M. Cheyrou-Lagrèze (Jean-Paul-Marie-Henri), troupes du Maroc, est affecté au 155e rég. d'artillerie à pied, Starsbourg (service).

M. Auban (Robert-Anne-Clément), 15e rég. d'infanterie, Albi, est affecté au 361e rég. d'artillerie portée, Commercy (service).

M. Labarthe (Pierre-Romain), troupes de Tunisie est affecté au 152e rég. d'infanterie, Colmar (service).

M. Janand (Marcel-Louis-Marius), troupes de Tunisie, est affecté au 23e rég. de tirailleurs algériens à Morhange (service).

Médecin lieutenant. — M. Prat (Gilbert), 18e rég. de chasseurs à cheval, Saint-Avold, désigné pour les troupes du Maroc, n'a pas rejoint (application de l'article 21), est maintenu provisoirement au 18e rég. de chasseurs à cheval à Saint-Avold.

Pharmacien capitaine. — M. Dreyfuss (Léon-Yves)-pharmacie générale d'approvisionnement de Marseille, est affecté aux troupes du Maroc (volontaire) (service).

Service de santé des troupes coloniales. — *Désignations coloniales.* Sont affectés : En Indochine, MM. Sainz, Goiuet, Chevais, médecins capitaines.

En Afrique occidentale française, MM. Clouet, médecin commandant ; Bernier, Michaud, médecins capitaines.

A Madagascar, MM. Pujol, Herdhebaut, médecins commandants.

En Afrique équatoriale française, MM. Retière, Lafargue, médecins commandants.

Au Cameroun, MM. Iliou, Chapuis, médecins capitaines.

Au Togo, M. Thomas-Duris, médecin capitaine.

Annulations de désignations coloniales. Les désignations du médecin commandant Bideau, pour la Guyane, et du médecin capitaine Sainz, pour les Nouvelles-Hébrides, sont annulées.

Service de santé militaire. — M. le médecin général Bar, directeur du service de santé de la 4e région, est placé dans la 2e section (réserve) des cadres du corps de santé militaire.

Sont nommés assistants des hôpitaux militaires les médecins capitaines de l'armée active dont les noms suivent :

Section de médecine. MM. Tourniaire, Passa, affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris ; Bergondi, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie. MM. Giraud, Pinelli, Dubau, affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris ; Camoreyt, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Mandillon, affecté à l'hôpital militaire de Talence.

Section d'électro-radiologie. MM. Trial, Willemin, affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris ; Fournie, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Sont prononcées les mutations suivantes : *Médecin lieutenant-colonel.* — M. Bonnel est maintenu à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux.

Médecins commandants. — Sont affectés : MM. Despujols, à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux, laboratoire de bactériologie ; Attane, à l'hôpital militaire Maillot, à Alger, laboratoire de bactériologie ; Fricker, à l'hôpital militaire Gaujot, à Strasbourg, laboratoire de bactériologie ; Hombourger, au ministère de la Guerre direction du service de santé.

Médecins capitaines. — Sont affectés : MM. Desormeaux, aux salles militaires de l'hôpital mixte du Mans, laboratoire de bactériologie ; Seilhan, à l'hôpital militaire Plantières, à Metz, lrboratoire de bactériolohie ; Accoyer, au 18e régiment du génie, à Nancy.

Service de santé de la Marine. — Sont désignés : MM. Maleville, médecin principal, au service de la marine, à Beyrouth ; Borneul, médecin de 2e classe, pour embar-

NOUVELLES *(Suite)*

quer sur l'aviso *Vimy* ; Bayle, médecin de 1re classe, en sous-ordre sur le cuirassé *Lorraine* ; Badelon, médecin de 1re classe, en sous-ordre sur le croiseur *Dupleix*.

Service de santé militaire. — Les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins colonels. — M. Epaulard (Alexis), sous-directeur du service de santé des troupes du Maroc, est affecté comme sous-directeur du service de santé de la 5e région, à Orléans (service).

M. Potet (Maurice-Alphonse-Joseph-Marie), médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, des troupes du Maroc, est désigné comme sous-directeur du service de santé des troupes du Maroc.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Varatges (Léon-Emile-Louis), médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul, est affecté aux troupes du Maroc (volontaire) (service).

Médecins commandants. — M. Poy (Gabriel-Charles), de la commission consultative médicale, à Paris, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris (provisoirement).

M. Houssin (Edouard - Gabriel - Marie - Adrien), du 19e corps d'armée, est affecté au 43e régiment d'infanterie, à Lille (service).

M. Morand (Antonin-Ernest-Pierre), de l'école d'aviation, à Istres, est affecté au 153e régiment d'infanterie, à Bitche (service).

Médecins capitaines. — M. Prevot (Joseph-Georges-Xavier-Vincent), du 4e régiment d'artillerie, à Mulhouse, est affecté au 4e régiment d'artillerie, à Colmar. Attendra l'arrivée de son successeur (service).

M. Billiet (Jean-Alexandre), du 67e régiment d'infanterie à Compiègne, désigné pour le 153e régiment d'infanterie à Bitche (n'a pas rejoint), est affecté à l'infirmerie-hôpital du camp de Sissonne comme médecin-chef (service).

M. Marican (Marie-Emmanuel-Albert-Jean), du 21e régiment d'aviation à Nancy, est affecté au 33e régiment d'aviation à Nancy.

M. Allègre (Paul-Louis), du 41e régiment d'infanterie à Saint-Malo, est affecté au 110e régiment d'infanterie à Dunkerque (service).

M. Laplagne (Maurice-Charles), du 110e régiment d'infanterie à Dunkerque, est affecté à la commission consultative médicale à Paris (service).

M. Broussolle (Jacques-Louis-Hubert), de la 8e compagnie régionale du train, Dijon, cst affecté aux troupes du Maroc (volontaire) (service)

M. Rocquet (Jean-Jules-Louis-Marie), du 19e corps d'armée, confins algéro-marocains, est affecté au 41e régiment d'infanterie à Saint-Malo (service).

M. Icart (Barthélémy-François-Marie-Jean), des troupes du Maroc, est affecté au 14e régiment d'infanterie à Toulouse (service).

M. Mauvais (François-Eric-René), du 32e régiment d'infanterie à Tours, est affecté au 501e régiment de chars de combat à Tours.

Médecins lieutenants. — M. Savy (Albert-Julien-Augustin), du 28e régiment d'artillerie à Belfort, est affecté à 'école d'aviation à Istres.

M. Camboulives (André-Eugène-Louis), du 40e régiment d'artillerie à Châlons-sur-Marne, désigné pour les troupes du Levant comme volontaire (n'a pas rejoint), est maintenu au 40e régiment d'artillerie à Châlons-sur Marne.

M. Roux (Marie-Paul-Gabriel-André), du 16e bataillon de chasseurs à pied à Saint-Avold, est affecté aux troupes du Maroc (service).

M. Proust (Emile-Coustant-Paul-Marie-René), de l'hôpital militaire du camp de Mailly, est affecté aux troupes du Levant (service).

XXIIe Congrès français de médecine. — Tenu à Paris, du lundi 10 au mercredi 12 octobre 1932, sous le haut patronage de M. le Président de la Républiqne. Président du Congrès : Professeur Fernand Bezançon.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE. — Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès :

1° La lympho-granulomatose maligne ;

2° Les acrocyanoses ;

3° Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 10 octobre, à 10 h. 30. — Rapports sur la première question : Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne.

Rapporteurs : MM. Maurice Favre, P. Croizat et A. Guichard (de Lyon) : Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne ; ses formes anormales.

MM. R. Gilbert (de Genève) et F. Sluys (de Bruxelles) : La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne.

MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Oumasnky (de Paris) : Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne.

Lundi 10 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la première qnestion.

Mardi 11 octobre, à 9 h. 30. — Rapports sur la deuxième question : Les acrocyanoses.

Rapporteurs : MM. Maurice Villaret, Jnstin-Besançon et R. Cachera (de Paris) : Physiologie pathologiqne des troubles vasculaires périphériques.

MM. May et Layani (de Paris) : Etude clinique de l'acrocyanose essentielle.

Mardi 11 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 12 octobre, à 9 h. 30. — Rapport sur la troisième question : Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

Rapporteurs : MM. Emile Sergent et Kourilsky (de (de Paris), avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner et Iselin (de Paris) : Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon.

M. G Lardennois (de Paris) : Les séquelles des abcès du poumon ; chirurgie complémentaire et réparatrice.

MM. Lemierre, L. Kindberg et Soulas (de Paris) : Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires.

M. Etienne Bernard (de Paris) : L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

Mercredi 12 octobre, à 15 heures. — Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

NOUVELLES *(Suite)*

PROGRAMME DES RÉCEPTIONS. — *Lundi 10 octobre.* — Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de médecine, sous la présidence M. le ministre de la Santé publique.

Mardi 11 octobre. — A 17 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville offerte aux Congressistes et à leur famille par M. le président du Conseil municipal (*audition musicale*).

Mardi 11 octobre. — A 21 h. 30 : Réception offerte par M. le président du Congrès : salle Hoche (9, avenue Hoche).

Mercredi 12 octobre. — A 20 heures : Banquet par souscription.

COMITÉ DES DAMES. — *Lundi.* — A 15 heures : Visite des couturiers.

Mardi : A 11 heures : Visite du Musée Carnavalet, sous la conduite de M. Jean Robiquet, conservateur.

Mercredi. — A 10 heures : Visite de la Manufacture nationale de porcelaine de Sèvres, sous la conduite du directeur. Déjeuner. Visite du Musée de Versailles sous la direction du conservateur. Les indications relatives aux moyens de transport seront remises aux congressistes à leur arrivée.

EXCURSIONS. — Excursion de trois jours aux Châteaux de la Loire (tout en autocar).

Dimanche 16 octobre. — Départ en autocar à 8 heures pour Orléans. Visite de la cathédrale. Puis Blois, où l'on arrivera pour déjeuner.

Dans l'après-midi, visite du château de Blois et des châteaux de Cheverny et de Chambord.

Dans la soirée, arrivée à Tours.

Transfert aux hôtels. Dîner. Installation.

Lundi 17 octobre. — Visite de la cathédrale de Tours et de la basilique Saint-Martin, puis, dans la journée, visite des châteaux de Villandry, Azay-le-Rideau, Chinon, Ussé, Langeais, Cinq-Mars et Luynes.

Coucher à Tours.

Mardi 18 octobre. — Visite dans la matinée des châteaux d'Amboise et Chenonceaux. Déjeuner à Chaumont.

Départ vers 14 heures pour Paris, où l'on arrivera vers 19 heures.

II° Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique (Londres, 1922 juillet 19-33). — BUREAU DU CONGRÈS. — Président : M. le professeur Nové-Josserand, de Lyon.

Vice-Présidents : M. le professeur Murk-Jansen, de Leyde ; M. le professeur Gocht, de Berlin ; M. le professeur Putti, de Bologne.

Secrétaire général : M. le Dr Delchef, de Bruxelles.

Secrétaire : M. le Dr Platt, de Manchester.

Trésorier : M. le professeur Maffei, de Bruxelles.

PROGRAMME PROVISOIRE. — Les séances auront lieu dans les locaux de la Société royale de médecine.

Mercredi 19 juillet. — 14 heures : Réunion du Comité international.

16 h. 30 : Assemblée générale.

20 h. 30 : Réception par le président.

Jeudi 20 juillet. — 9 h. 45 : Discours du président.

10 h. 30 : Etude de la première question à l'ordre du jour : le mécanisme des mouvements articulaires en général. Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), Delitala (Italie), Scherb (Suisse).

14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux.

20 h. 30 : Réception par le collège royal des chirurgiens.

Vendredi 21 juillet, 9 heures. — Etude de la deuxième question à l'ordre du jour : le traitement des coxites tuberculeuses. Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche), Maffei (Belgique), Henderson (Etats-Unis d'Amérique), Sorrel (France).

14 h. 30 à 17 h. 30 : Séances opératoires dans les hôpitaux.

19 h. 45 : Banquet par souscription.

Samedi 22 juillet. — 9 heures : Communications particulières.

14 heures : Visite de l'hôpital orthopédique d'Alton.

Pendant la durée du Congrès, un Comité de dames anglaises organisera la visite de Londres pour les femmes des congressistes.

A l'issue du Congrès, un voyage d'une durée de quatre ou de huit jours au choix des congressistes aura lieu en Grande-Bretagne.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus au secrétariat général de la Société, 34, rue Montoyer, à Bruxelles.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (Clinique Parrot. Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris. — COURS DE PERFECTIONNEMENT, 17 octobre-31 octobre 1932. — Sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec la collaboration de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux, MM. Lelong et Pichon, médecin des hôpitaux, MM. Baize, Benoist, Bohn, Brizard, Chabrun, Garnier, Vanier, chefs et anciens chefs de clinique, MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire, MM. Saint Girons et Boudinesco, assistants du service.

Lundi 17 octobre, 11 heures. — M. Lereboullet : Notions générales de diététique et de thérapeutique du premier âge.

16 heures. — M. Lelong : Difficultés de l'allaitement au sein et règles diététiques en présence de celles-ci.

16 h. 45. — M. Baize : Traitement du rachitisme et de la tétanie.

Mardi 18 octobre, 11 heures. — M. Cathala : Diététique et thérapeutique des anémies.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 30. — M. Bohn : Diététique et thérapeutique des vomissements du nourrisson (sans la sténose pylorique).

Mercredi 19 octobre, 11 heures. — M. Lereboullet : La sténose du pylore et son traitement.

16 heures. — M. Brizard : Traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson.

16 h. 45. — M. Bohn : L'anorexie du nourrisson.

Jeudi 20 octobre. — 11 heures. — M. Lelong : La dyspepsie du lait de vache.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 30. — M. Benoist : Traitement de l'eczéma, du prurigo strophulus et des infections cutanées.

Vendredi 21 octobre, 11 heures. — M. Lelong : Prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson.

16 heures. — M. Bohn : Diététique des diarrhées du nourrisson.

16 h. 45. — M. Baize : Traitement médicamenteux des diarrhées.

NOUVELLES *(Suite)*

Samedi 22 octobre, matin : Visite des usines Byla.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 30. — M. Vanier : L'alimentation des prématurés et des débiles.

Lundi 24 octobre, 11 heures. — M. Lereboullet : Traitement des broncho-pneumonies du nourrisson.

16 heures. — M. Detrois : Les différents laits et leur contrôle.

16h. 45. — M. Gournay : Les laits modifiés : babeurre lait condensé, lait sec, etc.

Mardi 26 octobre, 11 heures. — Visite laiterie Lactella. M. Baize : Traitement des hypotrophies du nourrisson.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 30. — M. Benoist : Les régimes hydrocarbonés (hypersucré, eau de riz, bouillon de légumes, bouillie, maltosage, etc.).

Mercredi 26 octobre, 11 heures. — M. Cathala : Les régimes sans lait et l'alimentation azotée.

16 heures. — M. Garnier : Traitement des pleurésies purulentes du nourrisson.

16 h. 45. — M. Pichon : Traitement des convulsions.

Jeudi 27 octobre, 11 heures. — M. Chabrun : Les carences chez le nourrisson.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 45. — M. Roudinesco : Traitement des méningites aiguës et des encéphalites du nourrisson.

Vendredi 28 octobre, matin. — Visite laiterie Ofco.

16 heures. — M. Benoist : Traitement des septicémies du nourrisson.

16 h. 45. — M. Cathala : Les régimes et les méthodes de réhydratation.

Samedi 29 octobre, 11 heures. — M. Lereboullet : Prophylaxie des maladies infectieuses chez le nourrisson.

16 heures. — Exercices pratiques.

16 h. 30. — M. Chabrun : Vaccinothérapie et sérothérapie chez le nourrisson.

Lundi 31 octobre, matin. — Visite des usines Heudebert.

Cours de revision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne. — Ce cours, qui aura lieu du 7 au 12 novembre 1932, sera fait sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux ; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 30 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à 12 heures, démonstration pratique. — *Lundi 7 novembre*, M. Lian, hôpital Tenon. — *Mardi 8 novembre*, M. Aubertin, hôpital de la Pitié. — *Mercredi 9 novembre*, professeur Sergent, hôpital de la Charité. — *Jeudi 10 novembre*, M. Fernet, hôpital Broca (service de M. Weissenbach). — *Vendredi 11 novembre*, M. Faroy, hôpital Beaujon. — *Samedi 12 novembre*, M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 heures à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent). — 4 h. 15 à 5 h. 15 et 5 h. 30 à 6 h. 30, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 7 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose). — 4 heures 15 à 5 h. 15, professeur Sergent (appareil respiratoire). — 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 8 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Lian (cœur, vaisseaux). — 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Périsson (neurologie). — 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 9 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Périsson (neurologie). — 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Duvoir (médecin légale). — 5 h. 30 à 6 heures, M. Harvier (endocrinologie). — 6 heures à 6 h. 30, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 10 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Fernet (peau et syphilis). — 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Fernet (peau et syphilis). — 5 h. 30 à 6 heures, M. Joannon (hygiène). — 6 heures à 6 h. 30, M. Aubertin (sang).

Vendredi 11 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale). — 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Faroy (estomac). — 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 12 novembre. — 3 heures à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie). — 4 h. 15 à 5 h. 15 M. Bleechmann (pédiatrie). — 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Lian (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.) ou au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Droit d'inscription : 250 francs.

Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire (Hopital Tenon, 4 rue de la Chine) métro Gambetta). — Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux, Welti, chirurgien des hôpitaux, A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service, Gilbert-Dreyfus, Even, F.-P. Merklen, Odinet, J. Pautrat, P. Puech, Racine, anciens internes du service, Golblin, assistant d'électrocardiographie, Marchal, assistant de radiologie du service, Bréant, chef du laboratoire du service, Deparis, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections, à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 30, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou exercices cliniques (présentation de malades.)

Programme. — *Lundi 14 novembre*. — A 10 heures, M. Lian : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Endocardites malignes. —

NOUVELLES *(Suite)*

16 heures, M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 30, M. Haguenau : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 15 *novembre*. — A 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Insuffisance mitrale. — 16 heures, M. Pautrat : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique. — 17 h. 30, M. Blondel : Rétrécissement mitral.

Mercredi 16 *novembre*. — A 10 heures, M. Lian : Insuffisance aortique rhumatismale. — 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique. — 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 30, M. Marchal : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17 *novembre*. — 10 heures, M. Blondel : Péricardites aiguës et subaiguës. — 11 heures, MM. Lian et Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Affections valvulaires du cœur droit. — 16 heures, M. Golblin : Démonstrations d'électrocardiographie. — 17 h. 30, M. Haguenau : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18 *novembre*. — 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures, M. Blondel : Péricardite chronique et symphyse péricardique. — 16 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 17 h. 30, M. Welti : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19 *novembre*. — 10 heures, M. Lian : Les données de la phonocardiographie. — 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Merklen : Cardiopathies traumatiques. — 16 heures, M. Puech : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 30, M. Bloudel : Syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 *novembre*. — 10 heures, M. Blondel : Hypodynamie du myocarde. — 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes. — 15 heures, M. Blondel : Infarctus du myocarde. — 16 heures, M. Blondel : Exercices cliniques. — 17 h. 30, M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22 *novembre*. — 10 heures, M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures, M. Racine : Anévrysmes de l'aorte. — 16 heures, M. Bréant : Technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque. — 17 h. 30, M. Blondel : Syphilis du myocarde.

Mercredi 23 *novembre*. — 10 heures, M. Lian : Aortites de la crosse. — 11 heures, M. Bloudel : Exercices cliniques. — 15 heures, M. Blondel : Artérites pulmonaires. — 16 heures, M. Even : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse. — 17 h. 30, M. Gilbert-Dreyfus : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24 *novembre*. — 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Odinet : Cardiopathies congénitales. — 16 heures, M. Odinet : Exercices cliniques. — 17 h. 30, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1933 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. — Directeur : M. le professeur PINARD ; directeur-adjoint : M. B. WEILL-HALLÉ.

SECTION DES INFIRMIÈRES. 1re *Année. Enseignement préparatoire* : Anatomie. Physiologie. Soins aux malades de chirurgie. Soins aux malades de médecine. Soins aux malades enfants. Soins aux femmes enceintes et en couches. Hygiène générale et diététique. Prophylaxie des maladies contagieuses. Matière médicale et petite pharmacie. Morale professionnelle.

Conférences faites par : MM. Mulon, professeur et Joannon, agrégé de la Faculté de médecine ; M. Thalheimer, chirurgien des hôpitaux : Mme Bach-Anchel et M. R. Martin, chefs de clinique ; M. Delthil, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Poirot, pharmacien de l'hôpital Bicêtre ; Mme Poirot, ancienne interne en pharmacie ; Mlle Greiner, surveillante générale de l'École de puériculture.

2e *Année. Enseignement spécialisé* : M. Weill-Hallé, chargé de cours.

Puériculture anténatale. Hygiène et assistance des enfants du premier âge, des enfants d'âge pré-scolaire et scolaire. Protection et assistance sociales. Hygiène mentale et psychologie pédagogique. Enseignement pratique de la diététique.

Conférences faites par : MM. Lévy-Solal et Joannon, agrégés de la Faculté de médecine ; M. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; MM. Huber, Turpin, médecins des hôpitaux ; MM. Vitry, Hallez, Benda, anciens chefs de clinique ; Mlle Vogt, chef de clinique ; M. Trèves, ancien interne des hôpitaux ; M. Dorlencourt, ancien chef de laboratoire à la Faculté ; M. Delthil, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades; M. Bing, médecin inspecteur des écoles ; M. Cavaillon, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; M. Leclainche chef de service à l'Office national d'hygiène ; M. l'abbé JeanJean, professeur à l'Institut catholique ; M. Coloni, docteur en droit.

Surveillante générale : Mlle Greiner.

Monitrices : Mlles Dejarnac, Durand, Coloni, Arnaud, Durand M.-J., Nazon, Lecomte, Le Normand, Durand-Caron.

Examen médical des candidats au brevet de pilote de

NOUVELLES *(Suite)*

tourisme. — Par arrêté du ministre de l'Air et du ministre des Pensions publié au *Journal officiel* (numéro du 9 avril), l'article V de l'arrêté du 29 avril 1931, dernier alinéa, est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les membres du personnel navigant de l'aéronautique d'active ou de réserve, ayant passé une visite médicale d'entrée dans le personnel navigant de l'aéronautique militaire plus sévère que celle prévue pour les candidats au brevet de pilote de tourisme et en conformité avec l'article 5 de la section 6 de la convention internationale du 13 octobre 1929, le certificat de visite sera remplacé par une attestation du chef de corps précisant que l'intéressé pratique normalement le vol sur appareil militaire. »

Cours pratique de thérapeutique dermatologique. — Ce cours aura lieu, dans la seconde quinzaine de janvier 1933, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Louis Brocq, sous la direction du professeur agrégé Sézary, avec la collaboration de MM. Sabouraud, Belot, Schulmann, Paul Lefèvre, Ducourtioux, Georges Lévy, A Duruy, Horowitz, Galleraud, E. Combe, Lévy-Coblentz, assistants ou chefs de laboratoire du service.

Tous les jours, à 9 heures, 13 h. 30 et 14 h. 45, conférence sur les méthodes thérapeutiques dermatologiques et sur le traitement des diverses affections cutanées. A 10 heures, policlinique thérapeutique, exercices pratiques de petite chirurgie, manipulations des agents physiques (électro-coagulation, électrolyse, galvano-cautère, cryo-cautère, rayons X, rayons ultra-violets, etc.).

Une affiche spéciale indiquera en octobre le programme détaillé et les conditions d'admission. Pour tous renseignements, s'adresser au service du Dr Sézary, à l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital Lariboisière. — Dans le service de M. Devraigne, MM. Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront, le 27 octobre 1932, à 21 heures, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Ce cours comprendra 7 leçons de deux heures chacune : exposé théorique et travaux pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — 1. Traitement des métrites. Le filhos : M. J. Seguy. — 2. Courant continu et courant faradique en gynécologie : M. J.-E. Marcel. — 3. La haute fréquence en gynécologie : Diathermie, courant de haute tension, etc., et présentation d'appareils : M. J.-E. Marcel. — 4. La diathermo-coagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J.-E. Marcel. — 5. Rayons ultra-violets et infra-rouges. Indications générales de l'électrothérapie : M. J.-E. Marcel. — 6. Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. Seguy. — 7. Endocrinologie ovarienne : M. J. Seguy.

Prix du cours : 250 francs.

Les leçons théoriques auront lieu après dîner, aux jour et heures à fixer d'accord avec les élèves. Les exercice pratiques se feront par séries : le matin ou l'après-midi.

S'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière. Le nombre d'inscriptions est limité.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. P. Porcher, radiologiste des hôpitaux, chargé de la consultation de gastro-photographie de la clinique, fera une série de dix conférences d'endoscopie gastrique, avec le concours de M. Fr. Moutier, MM. les agrégés Chailley-Bert et Leroux de M. Godard-Monod.

Ces conférences auront lieu tous les jours à l'hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, à 10 et 17 h. 30. Elles seront suivies de démonstrations de technique gastroscopique (M. F. Moutier) et gastrophotographique (M. P. Porcher), de 11 à 12 heures, avec examens de malades.

Vendredi 21 octobre. — 17 h. 30, M. P. Porcher : Principes généraux des méthodes d'endoscopie : historique ; applications actuelles. Morphologie normale de la muqueuse gastrique. Rapports entre la radiologie et les différentes méthodes endoscopiques.

Samedi 22 octobre. — 10 heures, M. Chaillery-Bert : Physiologie motrice de l'estomac. Importance de la *muscularis mucosæ.* Modifications apportées aux contractions normales par les traumatismes internes et les agents médicamenteux

Samedi 22 octobre, 17 h. 30, et *lundi 24 octobre,* 10 heures. — M. Moutier : Technique de la gastroscopie : appareillage et orientation dans l'estomac (avec fantôme), préparation du malade. Technique de l'endoscopie. Champs visuels ; zones visibles, zones invisibles, Indications et contre-indications. Incidents.

Lundi 24 octobre, 17 h. 30, et *mardi 25 octobre.* 10 heures. — M. Porcher : Technique de la gastrophotographie avec l'appareil de J. Heilpern : appareillage, montage de la chambre photographique, préparation du malade, prise de clichés, localisation des images par rapport aux parois gastriques. Incidents. Insuccès.

Mardi 25 octobre. — 17 h. 30, M. Godard-Monod : Technique de la gastrophotographie avec l'appareil américain « le gastrophotor ».

Mercredi 26 octobre. — 10 heures, M. P. Porcher : La photographie dans le gastroscope. Les perfectionnements à envisager en gastrophotographie.

Mercredi 26 octobre. — 17 h. 30, M. R. Leroux : Anatomie pathologique macroscopique des lésions de la muqueuse gastrique ; gastrites, ulcères, cancers.

Jeudi 27 octobre. — 10 heures et 17 h. 30, M. Fr. Moutier : Diagnostic gastroscopique : *a)* L'estomac normal : morphologie, topographie, sécrétion et mouvements (couleurs et plis). *b)* Eléments du diagnostic : modifications anatomiques, sécrétoires, motrices. Les hémorragies. *c)* Etudes analytiques des anomalies endo-gastriques : 1° les gastrites ; 2° l'ulcère et ses complications ; 3° le cancer ; 4° l'estomac opéré. *d)* Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 28 octobre. — 10 heures, M. P. Porcher : Interprétation des images gastrophotographiques : 1° la ocalisation des images dans l'estomac les « zones interdites » ; 2° l'aspect des lésions ; 3° les causes d'erreurs dans la localisation, dans l'interprétation des images (le mucus, les effets de réfraction).

Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet, n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou au laboratoire n° 1.

Clinique obstétricale (Hôpital de la Pitié). — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 10 novembre,

NOUVELLES *(Suite)*

à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Clinique d'accouchement et de gynécologie Tarnier. — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 5 novembre 1932, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Démonstrations pratiques de physiologie chirurgicale. — Des démonstrations quotidiennes de physiologie seront faites par le professeur Léon Binet, assisté du professeur Jean Verne, de M. P. Chailley-Bert, agrégé, de MM. R. Gayet et P. Gley, et P. Gabriel, du 24 au 29 octobre 1932.

Elles seront essentiellement pratiques et s'adressent à MM. les candidats à l'adjuvat ou au prosectorat.

Elles auront lieu tous les jours, à 14 heures, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

7-8 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens de chirurgie dentaire à passer par les candidats ajournés.

8 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai d'inscription pour le concours de clinicat obstétrical, de clinicat gynécologique, de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, de clinicat des maladies mentales, de clinicat oto-rhino-laryngologique.

10 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscriptions pour les inscriptions du 1er et du 2e semestre d'études.

10 Octobre. — *Paris.* Congrès français de médecine.

11 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

11 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant de physique médicale à l'Ecole de médecine de Tours.

11 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

12 Octobre. — *Paris* (31, rue de Bellechasse). Dernier délai d'envoi des mémoires pour le concours de l'académie d'éducation et d'entr'aide sociale.

12 Octobre. — *Lyon.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon.

12 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers.

12 Octobre. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Concours d'infirmières.

13 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Ligue contre le rhumatisme.

13 Octobre. — *Paris.* Congrès international du rhumatisme.

13 Octobre. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Professeur Rathery : Cours sur le diabète.

14 Octobre. — *Villes d'académies.* Clôture du registre d'inscription pour l'examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

15 Octobre. — *Paris.* Dernier délai de candidature à la fondation J.-A. Sicard (s'adresser au doyen de la Faculté de médecine de Paris).

15 Octobre. — *Le Mans.* Concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

15 Octobre. — *Montpellier.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

15 Octobre. — *Poitiers.* Dernier délai d'inscription pour le concours de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers.

17 Octobre. — *Paris.* Clinique Tarnier. Professeur Brindeau : cours de pratique obstétricale.

17 Octobre. — *Marseille.* Concours de clinicat de médecine infantile.

17 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures, concours du clinicat obstétrical, du clinicat gynécologique, du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, du clinicat des maladies mentales.

17 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de chimie.

17 Octobre. — *Lille.* Concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

17 Octobre. — *Lille.* Concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

18 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

18 Octobre. — *Brest.* Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

19 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures Concours du clinicat d'oto-rhino-lagyngologie.

20 Octobre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'Ecole de médecine de Nantes.

20 Octobre. — *Rouen.* Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

21 Octobre. — *Montpellier.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 Octobre. — *Montpellier.* Concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 Octobre. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

24 Octobre. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

25 Octobre. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

25 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernière limite pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

26 Octobre. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Octobre. — *Paris.* Congrès de stomatologie.

27 Octobre. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

29 Octobre. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

31 Octobre. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

1er Novembre. — *Paris.* Société médicale des hôpitaux (12, rue de Seine). Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Paul Le Gendre.

1er Novembre. — *Paris.* Dernier délai de réception des manuscrits pour le prix Le Gendre et pour le prix Gingeot (envoi au secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine).

3 Novembre. — *Ville des Académies.* Examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

7 Novembre. — *Rennes.* Concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

CHRONIQUE DES LIVRES

L'hypoglycémie, par JEAN SIGWALD (*G. Doin, éditeur*).

M. le Dr J. Sigwald vient de publier un très important ouvrage sur l'hypoglycémie. Cette question toute d'actualité a fait l'objet, de la part de l'auteur de ce livre, d'une étude très documentée, et une bibliographie considérable, qui n'occupe pas moins de 16 pages, montre toute la conscience qu'il a mise non seulement à rechercher, mais à étudier tous les travaux parus sur ce nouveau chapitre de la pathologie.

Mais l'intérêt principal de cette œuvre réside surtout dans la part personnelle de l'auteur ; il ne s'agit pas là seulement d'une revue générale très complète, mais de documents originaux, de recherches personnelles du plus haut intérêt. Sigwald ne s'est pas contenté de l'étude de l'hypoglycémie chez l'homme ; il a recherché les effets de l'hypoglycémie reproduite expérimentalement chez l'animal.

Le livre comprend huit parties.

La première partie a trait à la symptomatologie. Dans le premier chapitre sont étudiées les manifestations cliniques, chez l'adulte et chez l'enfant, de l'hypoglycémie qu'il dénomme complexe glycogénique ; tous les symptômes sont successivement passés en revue et l'auteur donne une description d'ensemble du coma hypoglycémique ; le deuxième chapitre renferme l'étude des modifications biologiques de l'hypoglycémie, glycémie, glycosurie, réactions sanguine et urinaire ; le chapitre III traite des lésions anatomiques, le chapitre IV du diagnostic.

La deuxième partie est réservée à l'étude des hypoglycémies spontanées : les hypoglycémies par troubles des échanges hydrocarbonés (diabète rénal, lactation, épuisement des réserves), les hypoglycémies spontanées, d'origine glandulaire : syndrome d'hyperinsulinisme ou de dysinsulinisme (affection du pancréas, affections des surrénales, de l'hypophyse, de la thyroïde, affections nerveuses), les hypoglycémies spontanées chez l'enfant (vomissements cycliques de l'enfance, convulsions).

La troisième partie concerne l'*hypoglycémie provoquée* : elle comprend surtout l'hypoglycémie par l'insuline : dans le diabète et en dehors du diabète.

La quatrième partie se rapporte à l'étude de l'*hypoglycémie expérimentale* ; l'auteur y expose le résultat de ses expériences personnelles, notamment en ce qui concerne le chlore plasmatique, globulaire et rachidien et la tension du liquide céphalo-rachidien.

Dans la cinquième partie, Sigwald aborde l'étude de la pathogénie des accidents : il traite successivement de l'équilibre glycémique, du déséquilibre glycémique, de l'action de l'insuline sur la glycémie ; il en arrive ainsi au mécanisme de production des symptômes.

La sixième partie concerne la thérapeutique du syndrome ; l'auteur montre l'importance de l'apport rapide de glucides, la nécessité parfois de l'emploi de l'adrénaline et de la caféine.

Cette œuvre maîtresse fait le plus grand honneur à son auteur et elle témoigne de sa part d'un travail personnel considérable. Elle constitue le premier travail d'ensemble sur ce nouveau chapitre de la pathologie, si important à connaître même pour le médecin praticien. La généralisation de l'emploi de l'insuline non seulement dans le diabète, mais encore dans beaucoup d'autres affections rend beaucoup plus fréquente qu'on n'aurait pu le penser l'éclosion de ce syndrome qui exige un diagnostic rapide afin d'assurer un traitement d'urgence dont l'efficacité est souvent remarquable. Il est probable du reste que le syndrome d'hypoglycémie doit se rencontrer en pathologie en dehors même de la cure insulinique et que l'abaissement de la glycémie joue dans certains phénomènes encore mal connus un rôle prépondérant. F. RATHERY.

La créatininémie, par MAURICE DÉROT (*Marcel Vigné, éditeur*).

Ce très important ouvrage est le fruit d'un travail très personnel de l'auteur. Le lecteur y trouvera une très importante bibliographie de plus de 12 pages, presque entièrement étrangère. C'est que cette question, qui a fait l'objet en dehors de chez nous et notamment en Amérique et en Allemagne, de très nombreux travaux a été en réalité fort peu étudiée en France. Le fait est d'autant plus remarquable que ce sont les travaux de Widal et de ses élèves qui ont les premiers montré l'intérêt considérable que présente au cours des néphrites chez l'homme la recherche de l'azotémie. Or l'urée sanguine n'est qu'une fraction seulement de l'azote total du sang. La créatinine représente un des corps azotés qui, avec l'acide urique et bien d'autres encore, constituent cet azote non urique.

Le dosage de la créatinine dans le sang est tout particulièrement délicat, et Dérot fait une étude critique très complète de la technique employée ; le chiffre normal oscille entre 10 et 20 milligrammes par litre de sérum ou de plasma.

L'auteur aborde l'étude de la créatininémie dans les néphrites ; il rapporte une série d'observations personnelles portant sur des néphrites aiguës et des néphrites chroniques de gravité et de types différents. Il compare chez chaque sujet le résultat d'une série d'épreuves : constante uréo-sécrétoire, azotémie, épreuves de Volhard, épreuve de la phénolsulfonephtaléine, etc., et il arrive à cette conclusion que le dosage de la créatinine dans le sang doit compléter les renseignements pronostiques fournis par le dosage de l'urée sanguine et que les renseignements qu'il est susceptible de donner sont particulièrement intéressants au cours des azotémies initiales des néphrites chroniques. A ce stade, c'est le taux de la créatinine plus que celui de l'urée qui règle le pronostic immédiat.

Dérot étudie ensuite la créatininémie dans les maladies du foie, et il note souvent une dissociation du taux de l'urée et de la créatinine. En cas d'élévation de la créatinine, le rein serait touché.

L'auteur note enfin les variations de la créatininémie chez les asystoliques, les diabétiques et dans des affections diverses. Il conclut que l'élévation de la créatinine sanguine doit toujours inciter à examiner l'état du rein.

L'ouvrage se termine par une partie expérimentale importante ; Dérot arrive à reproduire chez l'animal l'hypercréatininémie par la néphrectomie double, la ligature des deux uretères, la néphrite mercurielle, bismuthique et diphtérique.

Cet ouvrage très clair, très complet, apporte, en même temps qu'une étude d'ensemble des travaux parus sur la question, le résultat de recherches personnelles fort importantes. Tous les médecins qu'intéresse cette question si importante de l'étude fonctionnelle du rein en pathologie, devront lire cet important travail qui dénote de la part de son auteur de réels dons de clarté d'exposition et de curiosité scientifique. F. RATHERY.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Chirurgische Neuropathologie, II Band : *Die peripherischen Nerven*, par L. PUUSEPP (*Kruger, éditeur, Tartu, Esthonie*).

Le nom du professeur Puusepp est bien connu des neurologistes. L'institut neurologique qu'il a créé, après la guerre, à l'Université de Tartu (Dorpat), en Lithuanie, est devenu, grâce à ses efforts et à ceux de ses collaborateurs, un centre scientifique des plus actifs. Les travaux qui en émanent font l'objet d'une importante publication, les *Folia neuropathologica Estoniana*, qui compte déjà onze volumes.

A la fois neurologiste et chirurgien, le professeur Puusepp s'est attaqué hardiment à tous les problèmes que pose la neuro-chirurgie. On connaît ses essais de traitement chirurgical de la syringomyélie et le succès qui a couronné son audace.

Il a conçu le vaste projet d'écrire un Traité de neurochirurgie en quatre volumes. Le premier, qui vient de paraître, a trait aux nerfs périphériques. Viendront ensuite ceux qui seront consacrés à la moelle épinière, au cerveau et au système nerveux végétatif.

Ce premier volume, qui représente un travail considérable, est divisé en deux parties : partie générale et partie spéciale. La première étudie : la pathologie générale du système nerveux périphérique, l'anatomie chirurgicale des divers troncs nerveux, les techniques chirurgicales générales et enfin la sémiologie et le diagnostic des affections des nerfs. L'auteur donne un grand nombre de précieuses indications : on peut regretter cependant qu'il n'ait pas fait mention des mesures chronaxiques dont Bourguignon a montré toute l'importance en sémiologie neurologique.

La seconde partie — partie spéciale — expose les diverses affections des nerfs avec leur thérapeutique chirurgicale. L'auteur envisage successivement : les lésions traumatiques, d'étiologie si variée, les tumeurs des nerfs, le traitement chirurgical des diverses névralgies.

Il est impossible, dans un bref compte rendu, de signaler toutes les questions qu'aborde Puusepp, à la lumière de son expérience personnelle. C'est précisément la riche documentation de son ouvrage qui le rend précieux à tous ceux qui s'occupent de neurologie et de neuro-chirurgie.

A. BAUDOUIN.

Crises gastriques du tabes, par A. HOROWITZ (*Doin*, 1932).

Dans ce travail fort intéressant, qui lui a servi de thèse inaugurale, Horowitz prouve l'action efficace de l'atropine, en injection intraveineuse, contre les crises gastriques du tabes.

Dans un premier chapitre, il fait un exposé historique des traitements fort nombreux préconisés jusqu'à ce jour.

Les médications sont assez inopérantes. Certes la morphine a rendu des services : mais elle prolonge souvent la crise. De plus, son action est fugace, d'où l'augmentation des doses et la morphinomanie.

Dans les formes rebelles on a essayé des opérations très diverses. Sans compter leur gravité, elles aboutissent à un échec dans 60 p. 100 des cas.

Le traitement antisyphilitique, qui doit toujours être mis en œuvre, ne saurait être considéré comme une thérapeutique de l'accès douloureux. Il constitue le traitement de fond, à continuer longtemps, dans l'espoir de guérir les lésions ou du moins d'arrêter leur évolution.

Dans le deuxième chapitre, Horowitz donne les observations détaillées de neuf malades atteints de crises gastriques. Par l'action de l'atropine toutes ces crises ont été soulagées, quel qu'en ait été le type sensitivo-moteur ou sensitif. L'action, absolument remarquable sur la crise gastrique, s'étend aussi aux douleurs fulgurantes tabétiques : mais il semble qu'elle soit moins constante.

L'auteur préconise la voie intraveineuse. Il commence par injecter un demi-milligramme d'atropine. Cette dose, toujours bien supportée, suffit souvent et elle permet de tâter la susceptibilité du malade. S'il est nécessaire, on injecte le lendemain un milligramme et demi ou deux milligrammes. En cas d'état de mal gastrique, on peut continuer plusieurs jours.

La tolérance est très remarquable par cette voie intraveineuse. Horowitz n'a jamais noté d'accident. Il n'y a de contre-indication, d'après lui, que dans l'insuffisance cardiaque avec bradycardie.

Dans un dernier chapitre, l'auteur développe ses idées pathogéniques. Pour lui, l'atropine, produit amphotrope, est susceptible de paralyser tout le système végétatif : centres, terminaisons, centres automatiques intramuraux. Il semble que la crise gastrique, une fois déclenchée, diffuse par ces voies dont l'atropine, en injection intraveineuse et à dose suffisante, réalise une véritable section physiologique.

A. BAUDOUIN.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

La cure hydro-minérale dans les pyélites, par P. BARON et P. MERLE (*Soc. d'éditions et de publications médicales pharmaceutiques*, 1932).

Ce livre contient, en une soixantaine de pages, l'exposé complet du traitement hydro-minéral des infections urinaires colibacillaires.

Les auteurs, après un exposé analytique des résultats des diverses cures hydro-minérales dans les pyélonéphrites chroniques, ont schématisé ainsi leurs conclusions :

1° Pyélites et pyélonéphrites ne remontant pas à un an et survenues dans un appareil urinaire anatomiquement et physiologiquement normal, sous l'influence de causes transitoires — mécaniques (grossesse), infectieuses (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde) : les cures de diurèse (Vittel, Contréxéville, Capvern, Evian et celle de la Preste donnent d'excellents et rapides résultats.

2° Pyélites et pyélonéphrites survenues dans un appareil urinaire anatomiquement et physiologiquement normal, sous l'influence d'un facteur organique persistant qui réinfecte sans cesse les voies urinaires par bactériémie entéro-colite chronique, mégacæcum, mégacôlon, constipation droite par stase) : les cures de diurèse, heureux adjuvants de la diététique et de la thérapeutique, ne peuvent guère obtenir par elles-mêmes la guérison de formes anciennes remontant à plus d'un an. Par contre, la cure de la Preste obtient d'une façon constante la disparition des symptômes généraux et urinaires, et permet de traiter ensuite exclusivement l'affection intestinale causale.

3° Pyélites et pyélonéphrites apparues chez des sujets atteints soit d'une anomalie congénitale de l'appareil urinaire (ectopie rénale, pelvienne, hydronéphrose, rétrécissement urétéral), soit d'une affection acquise (ptose rénale, calcul, rétention vésicale chronique) : le traitement thermal ne joue plus que le rôle d'adjuvant de la thérapeutique locale ou chirurgicale.

Avant l'intervention, il balaye les masses muco-purulentes et aseptise la muqueuse. Après l'intervention, il restaure l'épithélium du bassinet. Lorsque l'intervention est impossible, il reste encore le moyen pour empêcher l'aggravation du processus infectieux.

Cet opuscule est appelé à rendre service aux médecins hésitant sur la cure hydro-minérale qu'ils pourraient prescrire à leurs infectés urinaires, tout particulièrement aux pyélonéphritiques colibacillaires.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

PLEXUS SOLAIRE ET TROUBLES DIGESTIFS

Une lésion digestive organique comporte toujours un certain nombre de signes à mettre au compte du spasme. Ces manifestations spasmodiques constituent des « syndromes solaires » et ces syndromes solaires existent seuls, indépendamment de toute lésion anatomique réelle du tube digestif : leur symptomatologie équivoque expose le médecin à maintes erreurs de diagnostic.

Ces « solarites », bien étudiées dans ces toutes dernières années, se traduisent par :

Des douleurs gastriques, plus sourdes que vives, dont les caractère distinctifs sont :

De ne pas redoubler aux écarts de régime ;

De redoubler plutôt sous des influences extradigestives (fatigues, émotions, contrariétés, froid, règles...) ;

De n'être pas calmées par les classiques « pansements » de la muqueuse stomacale.

Des troubles digestifs divers :

Ballonnements, éructations traduisant l'existence d'une aérophagie, d'une aérocolie importantes ;

Régurgitations, salivation abondante, vomissements capricieux, ou bien état nauséeux marqué surtout le matin au réveil ;

Constipation permanente, parfois opiniâtre, parfois rebelle, par crises, aux évacuations de toutes sortes.

Des troubles vago-sympathiques nombreux s'ajoutent à ces manifestations digestives : palpitations, précardialgies, tachycardie d'effort ou post-prandiale qui peuvent faire croire à une cardiopathie ; asthénie constante qui fait de tous ces malades des « fatigués [à perpétuité », des psychasthéniques, souvent même des neurasthéniques ; amaigrissement, céphalalgies, vertiges... tous symptômes donnant souvent un aspect lamentable à ces malades.

Le praticien doit connaître ces syndromes solaires. Il saura en chercher les deux signes majeurs : éréthisme de l'aorte abdominale, altération du réflexe solaire.

Enfin, la cause de ces « solarites » doit toujours être dépistée par une enquête soigneuse :

Une affection du tube digestif peut être la responsable (ulcère gastrique, duodénal, ptose gastrique ou colique, colites et entérocolites, appendicite chronique...) ;

Une affection de voisinage intervient au moins aussi souvent (cholécystite ancienne, affections utérines les plus diverses, hypertrophie de la prostate) ;

Une affection endocrino-sympathique constitue la cause certes la plus commune : syndromes de Basedow, même frustes, syndromes dysovariens surtout, car ces troubles solaires sont essentiellement l'apanage des femmes affligées des troubles ovariens les plus divers ou tourmentées par une ménopause naturelle ou chirurgicale.

Même si la cause peut être attaquée et réduite, les résultats obtenus ne sauraient être complets ni définitifs sans l'appui d'un traitement antispasmodique efficace. Or, pour vaincre ces spasmes liés au dérèglement du système vago-sympathique dans son ensemble, il faut user de médicaments capables d'influencer les éléments antagonistes de ce système neuro-végétatif. Les résultats les plus brillants ont été obtenus dans tous ces syndromes solaires grâce à une synergie médicamenteuse réunissant phénylméthylmalonylurée, éphédrine, belladone, bromhydrate de quinine, dont la forme spécialisée le *Freinospasmyl* reste le plus maniable et le plus sûr des régulateurs vago-sympathiques.

VARIÉTÉS

LE PRINCE ALEXANDRE D'OLDENBOURG, INITIATEUR DE L'ALLIANCE FRANCO-RUSSE, ET SES RELATIONS AVEC PASTEUR

Les journaux annoncent la mort survenue à Biarritz, le 6 septembre, du prince Alexandre d'Oldenbourg. Il était né à Saint-Pétersbourg le 2 juin 1844 et avait, en 1868, épousé la princesse Eugénie de Leuchtenberg, petite-fille du tsar Paul Ier; elle lui donna un fils, le prince Pierre, qui épousa, en 1901, la grande-duchesse Olga Alexandrovna, fille du tsar Alexandre III.

Le prince Alexandre, qui avait été général en chef des 22 000 hommes de la garde impériale et membre du conseil de l'empire, s'était beaucoup intéressé aux questions médicales et avait reçu un diplôme de docteur *honoris causa*. Pendant la grande guerre il dirigea les services sanitaires de l'armée russe. Il était fixé à Biarritz depuis la révolution russe, très populaire dans le pays basque, auquel il avait voué une grande affection. Le défunt était grand croix de la Légion d'honneur.

Le prince Alexandre d'Oldenbourg, petit-gendre du prince Eugène de Beauharnais, fut le promoteur de l'alliance franco-russe. Il a été le premier à écrire à l'empereur Alexandre III, en attirant son attention sur l'intérêt qu'il y aurait à avoir une entente avec la France. Il existe, me dit Son Altesse Impériale Mme la princesse Pierre d'Oldenbourg, dans les papiers de son beau-père, le brouillon de cette lettre et la réponse de l'empereur disant qu'il trouvait l'idée intéressante et allait l'étudier.

C'est lui qui créa le premier Institut Pasteur fondé hors de Paris.

Cet institut antirabique fut le début de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, qui existe toujours.

C'est au mois de juillet 1885 que Pasteur inaugurait, sur l'homme, son traitement contre la morsure des animaux enragés. Au mois de mars 1886 arrivaient à Paris 21 Russes de Smolensk, mordus par un loup enragé. Le tsar salua leur retour en Russie en envoyant un don de 300 000 francs pour la fondation du futur Institut Pasteur de Paris.

Cette somme fut apportée à Pasteur par le prince Alexandre d'Oldenbourg. En quittant Paris, il avait emporté un lapin inoculé de la rage et avait chargé Helman, un des vétérinaires de la garde impériale, de faire des passages par lapins en partant de cet animal et de commencer des études sur la rage. Helman, qui devait plus tard faire des travaux importants sur la morve et découvrir la malléine, se mit à la besogne, voulant arriver à organiser le traitement antirabique à Saint-Pétersbourg. Il n'était jamais venu à Paris.

Lorsqu'il se crut prêt, au moment d'inoculer



Au cimetière de Biarritz, les obsèques du prince Alexandre d'Oldenbourg (fig. 1).
Au centre, sous ses voiles noirs, Son Altesse Impériale Mme la princesse Pierre d'Oldenbourg, sa belle-fille.

VARIÉTÉS *(Suite)*

les premiers hommes mordus, le prince d'Oldenbourg fut pris d'un scrupule et il demanda à Pasteur de lui envoyer rapidement un de ses élèves pour décider si l'on pouvait commencer le traitement antirabique.

Pasteur annonça mon départ au prince d'Oldenbourg par la lettre ci-jointe (Voy. fig. 3).

Comme le dit Pasteur, c'est le 14 juillet 1886, vers la fin de l'après-midi, que j'ai pris le train pour Saint-Pétersbourg. Le matin, Pasteur était venu au laboratoire et devant lui j'avais trépané deux lapins pour les inoculer avec un cerveau de lapin de passage.

L'après-midi il tint à m'accompagner pour aller à la gare. J'emportais les deux lapins; il fallait traverser Paris, à ce moment-là en ébullition. C'était en plein boulangisme et on revenait de la revue du 14 juillet.

Le général Boulanger venait d'être acclamé à Longchamp au moment où il défilait sur son cheval noir Tunis, qui stoppait en cadence au son de la musique, dressé par un officier supérieur, Faverot de Kerbrech, qui vint, en 1896, en Tunisie, comme général inspecteur des dépôts de remonte.

Paulus, dans les cafés-concerts, devait peu après chanter : « En revenant de la revue ».

Plusieurs jours avant, Pasteur avait convenu avec le chef de gare des chemins de fer du Nord, qu'on me permettrait de prendre mes deux lapins, inoculés de la rage, dans un compartiment spécial.

Pasteur ne négligeait aucun des détails lorsqu'il s'agissait de ses expériences. Il s'occupait de tout, et ce départ pour Pétersbourg, où j'allais inaugurer le premier Institut antirabique hors de France, était un événement pour lui.

Si je suis entré très jeune dans son laboratoire, c'est parce qu'il voulait avoir sous la main un être qu'il pourrait pétrir à sa guise et qu'il voulait constamment sentir à côté de lui. Dans mon enfance il me parlait de son laboratoire, et après ma sortie du lycée de Lyon, ayant constaté que je le questionnais sur ses travaux, il me dit de rester pendant deux ans dans le laboratoire de mon père, son ancien élève de Strasbourg, en qui il avait grande confiance. Mon père, ancien élève de l'École normale supérieure, professeur agrégé à l'École de pharmacie de Paris, était devenu doyen et professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon.

C'est dans son laboratoire de Lyon que je devais, selon la volonté de Pasteur, prendre l'habitude des manipulations.

Lorsque, deux ans après, à l'âge de vingt ans,



Épreuve offerte à M. Adrien Loir, aide pour les pansements des russes de Smolensk. Mars et Avril 1886 L. Pasteur

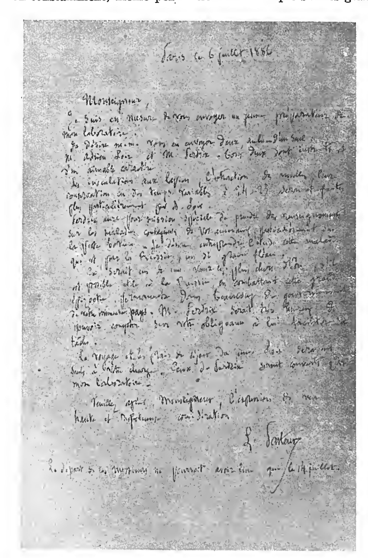
Fig. 2.

VARIÉTÉS *(Suite)*

j'allai au laboratoire de la rue d'Ulm, Pasteur tint à me former lui-même, de façon que je puisse le seconder et remplacer pour lui son bras gauche devenu inerte, depuis son attaque d'hémiplégie, en 1868.

Je n'avais pas le droit de m'éloigner et devais rester à sa disposition constamment, même pendant les vacances que je prenais à Arbois avec lui. Il me dictait des notes ou me faisait manipuler, restant à côté de moi, me surveillant. Je me souviens que le dimanche matin, j'allais régulièrement déjeuner au bouillon Duval qui se trouvait en face de la porte de la Madeleine. J'y avais rendez-vous à 11 heures et demie avec Melouzay, professeur d'histoire au lycée Condorcet, ami de ma famille, et Gabriel Fauré, l'illustre compositeur. Ce dernier sortait de la grand'messe de la Madeleine où il avait tenu les orgues. Il me fallait partir avant 11 heures du laboratoire pour prendre le petit omnibus à deux chevaux de Panthéon-Courcelles. Je montais sur l'impériale où à cette époque les femmes n'avaient pas le droit d'aller; elles ne pouvaient, du reste, pas y monter, car l'escalier ne fut établi que sur les grands omnibus à trois chevaux quelques années après. Il mettait longtemps, ce petit omnibus, pour se rendre de la rive gauche à la rive droite. Lorsque mon heure de départ arrivait, si je n'étais pas occupé autour de Pasteur, je rôdais auprès de lui, attendant le moment favorable pour lui demander l'autorisation de partir. Je n'osais pas l'interrompre, et bien souvent arrivais en retard auprès de mes amis.

Cependant Pasteur ne se mettait jamais en colère, il n'était jamais brutal, et lorsque quelque chose ne marchait pas à son gré, il disait : « Ah



Paris le 6 juillet 1886

Monseigneur,

Je suis en mesure de vous envoyer un jeune préparateur de mon laboratoire.

Je désire même vous en envoyer deux, au lieu d'un seul : M. Adrien Loir et M. Perdrix. Tous deux sont instruits et d'un aimable caractère.

Les inoculations aux lapins, l'extraction des moelles, leur conservation en des temps variables à [illegible] devraient être plus particulièrement faites par M. Loir.

Perdrix aurait pour mission spéciale de prendre des renseignements sur les maladies contagieuses de vos animaux, particulièrement sur la peste bovine. Je désire entreprendre l'étude de cette maladie qui est pour la Russie un si grand fléau.

Ce serait un de mes vœux les plus chers d'être, s'il est possible, utile à la Russie en combattant cette grande épizootie permanente dans beaucoup de gouvernements de votre immense pays. M. Perdrix serait très heureux de pouvoir compter sur votre obligeance à lui faciliter sa tâche.

Le voyage et les frais de séjour du jeune Loir seraient seuls à votre charge. Ceux de Perdrix seront couverts par mon laboratoire.

Veuillez agréer, Monseigneur, l'expression de ma haute et respectueuse considération

L. Pasteur

Le départ de ces messieurs ne pourrait avoir lieu que le 14 juillet.

Fig. 3 (1).

(1) Perdrix est mort il y a dix ans, doyen de la Faculté des sciences de Marseille.

mon Dieu ! Ah ! mon Dieu ! » et se promenait comme un lion en cage. C'était tout.

Le jour du 14 juillet 1886, il vint donc me mettre colonel qui vint à moi au nom du prince d'Oldenbourg et me fit, avec ma précieuse cage, prendre un autre train. Ce changement était motivé

Fig. 4 (1).

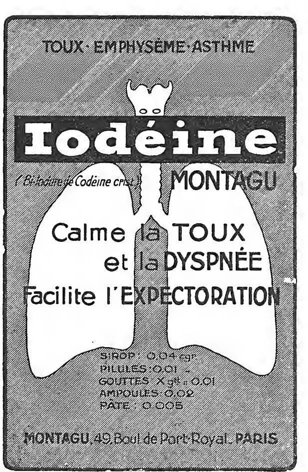
dans le train ; la cage à lapins inoculés de la rage eut, comme convenu, les honneurs du sleeping. Pasteur me fit toute une série de recommandations. J'allais, sans arrêt, en passant par Berlin, jusqu'à la frontière russe. Là je rencontrai un

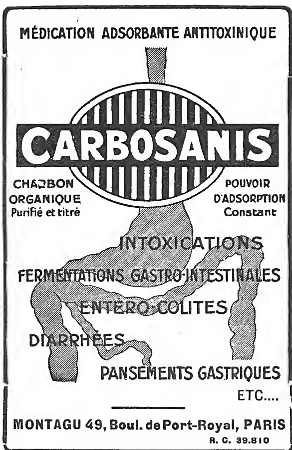
par l'écartement des rails de la voie ferrée qui, en Russie, ne correspondait pas avec celui des autres réseaux européens. La locomotive portait en hauteur une provision de bûches de bois qui avait remplacé sur le tender le charbon des compagnies allemandes.

Après m'avoir installé, le colonel me quitta en me souhaitant bon voyage.

En arrivant à Saint-Pétersbourg, je trouvai

(1) Les deux lettres de Pasteur sont restées entre les mains d'Helman. Après sa mort, qui survint à Riga, sa femme les donna au professeur Dauzine, recteur de l'Université de Riga, que je remercie de sa communication.


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
(Bi-Iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr.
PILULES : 0,01 "
GOUTTES X gttes = 0,01
AMPOULES : 0,02
PÂTE : 0,005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON
ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR
D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810

VARIÉTÉS *(Suite)*

à la gare deux officiers de la garde. L'un portait le bel uniforme, longue redingote verte à passepoils rouges, grand sabre traînant à terre, casquette plate à bande rouge des officiers des gardes à cheval. C'était le capitaine Periaslafseff. L'autre avait un uniforme beaucoup plus sobre, c'était le vétérinaire du régiment des gardes à cheval, Helman.

Après s'être fait connaître et m'avoir dit qu'ils venaient de la part du prince d'Oldenbourg, ces messieurs me conduisirent dans le quartier des casernes. Là, une grande grille dorée s'ouvrit, la caserne des gardes à cheval était vide, le régiment était parti pour le camp de Krasnoë Selo. Dans un coin de la cour à droite, au fond d'un corridor, se trouvait le laboratoire qu'Helman avait installé à côté des écuries de la garde. Une salle était réservée à la rage. Je déposai mes deux lapins au laboratoire, puis, les jours d'après, je suivis les travaux d'Helman et enfin, le 24 juillet 1886, je dis au prince que les premiers mordus pouvaient être inoculés.

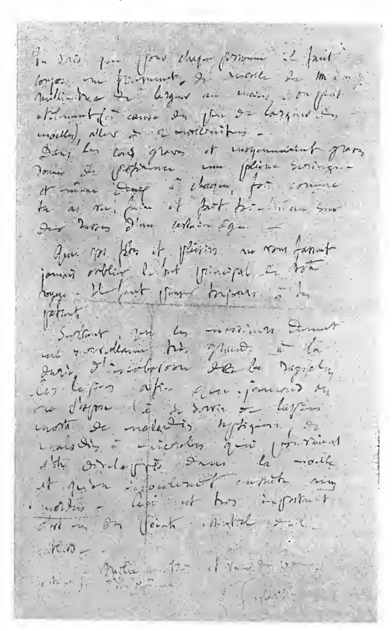


Fig. 5.

Le capitaine Periaslafseff fut, pendant mon séjour, spécialement chargé de s'occuper de moi. Il me conduisit au grand hôtel où un appartement m'avait été réservé.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Il venait chaque jour m'y chercher, il m'y reconduisait souvent à une heure avancée de la nuit sans jamais me quitter.

J'allais le matin à 10 heures au laboratoire. Presque tous les jours j'y trouvais le prince d'Oldenbourg. Il était général commandant les 22 000 hommes de la garde impériale et à ce moment il était, de plus, le général en chef des 65 000 hommes du camp retranché de Saint-Pétersbourg... Il remplaçait à ce poste le grand-duc Vladimir, allé faire une saison à Vichy. Le jour où il lui remit son commandement, il y eut une charge de 6 000 cavaliers de la garde.

Le prince d'Oldenbourg avait de grandes propriétés au Caucase. D'aspect jeune encore, il était grand, de visage ouvert et sympathique, aimable mais imposant le respect. Il s'était laissé convaincre par Helman, un de ses vétérinaires de la garde à qui il voyait faire des travaux sur la morve. Helman avait proposé au prince d'établir un Institut Pasteur à Saint-Pétersbourg, pour y traiter les personnes mordues par des animaux enragés qui jusque-là étaient obligées d'aller à Paris. Helman avait donc un laboratoire dans la caserne des gardes à cheval, et c'est là qu'il fit dans la suite la découverte de la malléine.

Son laboratoire était exigu ; je trouvai que les animaux en expérience étaient les uns sur les autres. J'avais peur de la contagion de la morve, dont je connaissais les dangers. J'en fis la remarque à Helman et il me dit un jour : « Parlez-en donc au prince. Ce que vous venez de me dire, dites-le à Son Altesse. » Il voyait déjà la création de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg. Il voyait grand. C'était un homme de laboratoire, mais c'était aussi un homme d'action.

Un matin, le médecin de la garde, chargé de faire les inoculations aux hommes mordus par un animal enragé, voulut se mettre au courant de la trépanation des lapins. Il saisit la seringue qu'il venait de charger de virus virulent, et pour expulser l'air qui s'y trouvait, lança une partie du contenu non pas dans le cornet de papier que j'avais fait préparer à cet effet, mais bien dans le vide, sur le mur du laboratoire. Je ne pus retenir un mouvement de pasteurien, c'est-à-dire désapprobateur.

Le prince, qui nous regardait, aperçut ce mouvement, et, un instant après, il vint vers moi et me dit : « Pourquoi avez-vous fait un geste que j'ai remarqué tout à l'heure ? »

Je n'osai pas le lui dire.

Le soir, il m'emmena dîner chez lui, dans son palais de Krasnoë Sélo et, après le dîner, remit cette question sur le tapis. Me souvenant de la recommandation d'Helman, je parlai de l'exiguïté du laboratoire où l'on faisait beaucoup de choses dans un espace restreint, risquant des contaminations avec la morve ; enfin, j'expliquai mon geste.

La réalisation de l'idée d'Helman avait pris corps dans l'esprit du prince. Il fit venir du Caucase son médecin particulier, en qui il avait grande confiance. C'était un médecin civil et il était destiné à remplacer le médecin de la garde qui m'avait fait sursauter. C'est ainsi que le Dr Hijine devint le collaborateur, pour la rage, du Dr Helman.

Je passais une grande partie de mes journées au laboratoire. Helman était curieux de tout ce que je pouvais lui raconter ou lui montrer. Il n'était jamais venu à Paris. Je lui appris à faire les injections dans la veine. A cette époque-là on dénudait la veine pour faire cette opération.

En dehors des heures du laboratoire, le capitaine Periaslafseff m'emmenait souvent au mess des officiers des gardes à cheval à Krasnoë Selo. Là je trouvais une quantité de jeunes officiers parmi lesquels plusieurs grands-ducs qui s'amusaient à parler français avec moi. Puis, il m'emmenait aussi chez ses amis où je passais des heures agréables sur les bords de la Néva, dans les îles, où, entre deux charbons, les bougies Jablokof lançaient les premiers arcs électriques pour éclairer nos fêtes de nuit. Quand je pense à cette mission de Russie j'ai, avec le recul du temps, l'impression de jeunesse d'avoir mené là-bas la vie des grands-ducs, et c'est probablement parce que dans mes lettres je parlais de cette vie à Pasteur qu'il m'écrivit la lettre ci-contre (Voy. fig. 4 et 5.)

C'est Helman qui m'a annoncé, le jour où, à Saint-Pétersbourg, nous allions inoculer nos premiers hommes mordus par des animaux enragés, que le prince d'Oldenbourg allait me remettre la croix de Saint-Stanislas. En effet, quelques instants après, un pope et ses servants venaient chanter un *Te Deum*. Au milieu des prières je compris les mots « Ludovicou Pasteurou ». Puis, la cérémonie religieuse terminée, les malades inoculés, le prince d'Oldenbourg me remit au nom du tsar la croix qui me fut épinglée sur la poitrine par une religieuse.

Helman est venu à Paris quelques mois après; j'allai le chercher pour le conduire au laboratoire de la rue d'Ulm.

Le capitaine Periaslafseff vint lui aussi à Paris peu après. De la gare nous allâmes à l'hôtel de Bade sur les boulevards. Il était en uniforme, comme en Russie, n'yant pas d'habit civil. En sortant de voiture pour entrer à l'hôtel, on le prit pour un officier allemand ; c'était avant l'alliance russe, et il fut l'objet d'une manifestation hostile.

VARIÉTÉS *(Suite)*

On fut obligé d'aller chercher un costume chez un tailleur voisin.

Periaslafseff devint colonel, puis directeur des théâtres impériaux de Moscou.

Dix ans plus tard, en 1896, le prince d'Oldenbourg envoyait les deux dépêches suivantes :

« Mme Pasteur, Paris.

« Aujourd'hui, à l'occasion du premier anniversaire décennal de l'Institut antirabique de Saint-Pétersbourg, un *Te Deum* a été chanté pour le repos de l'âme de votre illustre époux. Agréez, etc.

« Prince Alexandre d'Oldenbourg. »

« M. le Dr Adrien Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

« Aujourd'hui, à l'occasion du premier anniversaire décennal de la section antirabique de l'Institut impérial de médecine expérimentale, je me rappelle avec reconnaissance de vous et je tiens à vous souhaiter beaucoup de succès dans votre carrière scientifique.

« Prince Alexandre d'Oldenbourg. »

Le 12 août 1930, le prince m'écrivait cette lettre :

« Monsieur le docteur,

« C'est de tout cœur que je vous remercie de votre si aimable lettre du 7 courant. Je suis profondément touché de ce que vous vous rappelez de moi.

« En ce qui concerne les précisions demandées, je puis vous communiquer :

« 1° L'hôpital a été nommé par l'empereur Alexandre II, en honneur de mon père : « Hôpital du prince Pierre d'Oldenbourg pour les enfants ».

« 2° Le nom du directeur était : Dr Rauchfouss.

« 3° N'étant pas au courant du bouchement des bouteilles de lait stérilisé, je me suis adressé au Dr Dawydouff, ancien interne des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, qui m'a dit que ce système a été appliqué pour la première fois dans l'hôpital du prince Pierre d'Oldenbourg pendant la direction du Dr Rauchfouss.

« 4° L'Institut antirabique de Varsovie a commencé à fonctionner après celui de Saint-Pétersbourg, à la création duquel vous avez tant contribué.

« Je suis toujours heureux de vous renseigner ; j'ai des données très intéressantes sur le rôle que le 606 et le 914 ont joué pendant la terrible guerre en combattant la *Febris recurrens* ; si cela vous

VARIÉTÉS *(Suite)*

intéresse, je puis vous communiquer ces données.

« S'il vous arrive de passer par les environs de Biarritz, je serai très heureux de vous voir et de causer des intéressantes et bonnes journées d'avant guerre.

« Veuillez agréer, etc.

« Prince Alexandre d'Oldenbourg. »

L'an dernier j'ai reçu une nouvelle lettre du prince qui tenait à ne pas laisser disparaître les traces d'une époque pendant laquelle il avait été en contact avec Pasteur.

Dr Adrien Loir
(du Havre).

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES MÉDECINS ET LE LIBRE CHOIX DES MALADES

On sait que la loi de 1892 oblige les médecins à déférer aux réquisitions de justice, et nous avons vu dans *Paris médical* que, pour qu'une demande de soins ou de constatation puisse être considérée comme une véritable réquisition, il faut qu'elle soit formulée en termes suffisamment précis et impératifs pour que le médecin ait bien compris qu'il ne s'agissait pas seulement de la manifestation d'un désir.

Au contraire, il est de jurisprudence que les médecins ne sont pas tenus de donner leurs soins à tous les particuliers qui les réclament. Le médecin et aussi la sage-femme ont une indépendance absolue en ce qui concerne le choix des clients, et sur ce point il a été particulièrement jugé que ce droit de choisir la clientèle doit être reconnu non seulement dans les villes où se trouvent de nombreux médecins, mais alors même qu'aucun autre médecin ou qu'aucune autre sage-femme ne se trouvent dans la localité où réside le médecin.

L'obligation de soigner ceux qui requièrent l'intervention du médecin est toute morale, et si du point de vue social il importe que le médecin ne refuse pas sans motifs valables le secours de son art à ceux qui en ont besoin, aucun texte n'est applicable au médecin qui décide de ne pas se rendre à un appel.

Le tribunal de la Seine avait été saisi d'une réclamation d'un client qui prétendait qu'un accoucheur avait commis une faute en se refusant à opérer un accouchement.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Par un jugement du 19 décembre 1910 (Dall. 1911-5-9) le tribunal a établi le principe que le médecin n'est pas obligé de se rendre à l'appel d'un malade et que quand il refuse ses soins il ne doit compte de sa conduite qu'à sa conscience.

Ce principe étant établi, le tribunal a examiné les conditions dans lesquelles le médecin avait refusé ses soins. Il faut en effet distinguer selon que le médecin refuse de commencer un traitement, ou bien qu'il abandonne un malade en cours de traitement ; et le tribunal, dans son jugement du 19 décembre 1910, de faire très explicitement cette distinction, et, après avoir établi le principe du libre choix du médecin, de dire qu'il en serait autrement si un médecin abandonnait son client dans un moment critique où sa retraite serait de nature à compromettre la vie ou la santé du malade.

Dans l'espèce alors présentée au tribunal, il s'agissait d'un médecin accoucheur qui avait refusé de prêter son ministère à une femme enceinte qu'il avait soignée pendant la grossesse. Le client s'indignait de cet abandon et déclarait que si un accident était arrivé c'était à cause de la retraite inopinée du médecin.

Après avoir examiné les faits, le tribunal décide que ce médecin a agi honnêtement en se retirant, parce que l'entourage de la femme qui accouchait lui imposait l'aide d'une garde dont les précédents contacts avaient été ignorés de lui et parce qu'au point de vue de l'asepsie cette garde ne lui présentait pas les mêmes garanties que la garde qu'il avait lui-même choisie.

Ce jugement du tribunal était particulièrement intéressant, car, non seulement il approuve la conduite justifiée du médecin, mais parce qu'il a déclaré que l'action en responsabilité introduite contre lui ayant porté atteinte à son honneur professionnel et à sa réputation en raison des termes injustifiés de l'assignation, il y avait lieu de condamner le client à des dommages-intérêts.

C'est dans le même sens que se prononçait le tribunal de Châteauroux, le 1er août 1908 (Dall. 1909-5-1), avec cette particularité qu'il s'agissait ici d'une demande d'intervention faite dans une localité où il n'y avait pas d'autre médecin, et, malgré cette aggravation de situation, le tribunal de Châteauroux a maintenu le principe que le médecin n'est pas tenu de prêter son concours à tous ceux qui le lui demandent.

La question qui nous intéresse peut se compliquer de façon singulière.

Il arrive fréquemment que des industriels ou des commerçants contractent avec un médecin

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

des conventions par lesquelles le chef d'entreprise assure à son personnel les soins médicaux pour tous les cas où les ouvriers sont blessés à l'occasion du travail.

Ces genres de conventions sont devenus de plus en plus fréquents et sont de même de règle dans certaines industries dangereuses qui, obligatoirement et surtout depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail, possèdent dans les usines des infirmeries et des médecins appelés à donner les premiers soins.

La question s'est alors posée de savoir si les ouvriers de ces usines sont en droit d'exercer une action directe contre le médecin, et tantôt la question s'est posée à propos de la possibilité pour eux de contraindre le médecin à leur donner des soins, tantôt à l'occasion de demandes de dommages-intérêts intentées par les ouvriers en raison de l'inexécution de la convention.

La cour de Pau avait été saisie à cette occasion de la réclamation de Mme Montastier. Celle-ci était la veuve d'un ouvrier qui trravaillait sur des chantiers de construction de voie ferrée. Cet ouvrier avait été victime, le 25 avril 1895, d'un grave accident ; l'entrepreneur avait fait immédiatement chercher le médecin qui était lié avec lui par une convention pour donner ses soins au personnel. Or ce médecin, qui habitait à 10 kilomètres environ, en pleines Pyrénées, arriva à l'usine alors que l'ouvrier était mort depuis plusieurs heures.

Naturellement, Mme Montastier prétendait que la mort de son mari devait être attribuée au défaut de soins et au peu d'empressement apporté par le médecin à se rendre auprès du blessé, et elle réclamait des dommages-intérêts.

(*A suivre.*) Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1932.

M. le président annonce les décès survenus pendant les vacances : de M. Félix Lejars, membre titulaire ; de MM. Henrijean (de Liége) et Sir Ronald Ross (de Londres), associés étrangers, et de M. Follet (de Rennes), correspondant national.

Notices. — Cette annonce est suivie immédiatement de la lecture de notices nécrologiques.

M. Rouvillois fait un éloge très émouvant de M. Félix Lejars.

M. Broc-Rousseu consacre un notice à Bang (de Copenhague), décédé avant les vacances. Il rappelle ses beaux travaux, notamment sur la fièvre ondulante et sa découverte du *B. abortus*.

Comment la ville du Havre doit comprendre la lutte contre le rat. — M. LOIR (du Havre) apporte de très curieuses photographies montrant que les rats, ces fléaux du Havre comme de tous les autres ports, ne respectent même pas les métaux. Au lieu de « se faire les dents » sur du bois tendre, ils s'attaquent parfois aux tuyaux de plomb. Un tuyau d'eau, un tuyau de gaz, une gaine de fils électriques en plomb, rongés par les rats, ont provoqué divers accidents que relate M. Loir.

L'auteur montre combien le très actif service de dératisation du Havre est encore insuffisant. Parmi les mesures qu'il indique, retenons celle-ci :

« En Australie, pour la destruction des lapins, les meilleurs résultats ont été donnés par la sélection sexuelle. Le procédé a été utilisé en Italie et au Jardin zoologique de Manchester : il s'agit d'attirer les rats dans une petite cabane, de tuer les femelles et de relâcher les mâles de façon à ce que ces derniers soient en surnombre au bout d'un certain temps. Alors ils empêchent les femelles de mener à bien leur gestation et la race disparaît. Ce moyen est mis en action depuis quelques semaines au Havre. Les résultats seront longs à obtenir, mais le procédé doit être efficace. »

M. Loir insiste sur la nécessité d'enlever rapidement les ordures ménagères qui attirent les rats.

Il pense en résumé qu'il y a une éducation générale à entreprendre, et en particulier, une campagne d'éducation de la population.

La menace du rat est assez inquiétante pour exiger de telles mesures.

Il faut organiser les journées du rat, œuvre importante de propagande d'hygiène sociale.

Autres communications :

La mortalité par tuberculose pulmonaire chez les ouvriers des houillères du Nord et du Pas-de-Calais. — MM. LECLERCQ, LEGRAND et BREHON.

Les applications limitées de la réflexothérapie. — M. SCHŒNGRUN.

Influence de la nature géologique du sol et de la minéralisation des eaux d'alimentation sur la fréquence du cancer chez l'homme. — MM. BETHOUX et BLANCHET.

La mortalité cancéreuse et la teneur en magnésium du sol, des eaux et des aliments usuels dans les trois départements d'Alsace-Lorraine. — MM. SARTORY, MEYER et KELLER.

L'ictère conjonctival et l'appendicite. — M. PŒNARU CALESCO et Mlle GROSSU.

REVUE DES CONGRÈS

LE IXe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

(Bucarest, 10 au 15 septembre.)

Le IXe Congrès international d'histoire de la médecine, présidé par M. Gomoiu, s'est tenu, du 10 au 15 septembre, à Bucarest, avec un grand succès. Vingt-huit nations s'y étaient fait représenter et cent quarante-trois congressistes participèrent à ses travaux.

La séance inaugurale eut lieu, à l'Athénée romain, le 10 septembre, sous la présidence effective du roi Carol. M. Gomoiu, président, prononça le discours d'ouverture, puis M. Vaïda-Voivod, président du conseil, salua le Congrès au nom du pays roumain. Les délégués officiels prononcèrent ensuite quelques paroles. Le professeur Laignel-Lavastine représentait la France. Le roi Carol prit la parole et forma des vœux pour le Congrès.

Les travaux scientifiques se déroulèrent les jours suivants à l'université.

Des rapports furent présentés sur l'évolution de la médecine dans les différents pays et donnèrent lieu à des discussions par le professeur Cantacuzène, Bologa (Cluj), Castiglioni (Italie), etc. De nombreuses communications suivirent l'exposé de ces rapports.

La séance du 13 septembre fut entièrement consacrée à l'histoire de la peste et présidée par le professeur Cantacuzène.

Le professeur Laignel-Lavastine exposa l'évolution des relations franco-roumaines dans l'histoire de la médecine. C'est ainsi que le premier Roumain ayant eu le titre de docteur en médecine en France fut Sérapiu, en 1815.

Les congressistes furent en outre reçus à la Fondation Carol, à la Faculté de médecine vétérinaire, par le doyen Utritzky, et à l'Institut des sérums et vaccins, dirigé par le professeur Cantacuzène qui, en qualité de doyen, leur fit visiter la Faculté de médecine, ainsi que plusieurs hôpitaux.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE

Marseille, 20-25 septembre 1932.

Le premier Congrès d'hygiène méditerranéenne, organisé sous les auspices de la Faculté de médecine de Marseille et présidé par le professeur Marchoux, vient de terminer ses travaux. Il a remporté un très grand et très légitime succès.

Les puissances étrangères, les pays de protectorat et l'Algérie avaient envoyé de nombreux délégués. La Belgique était représentée par le professeur Rhodain, l'Égypte, par M. Mohamed Zaki el Shafei ; l'Espagne, par le professeur Sadi de Buen ; la Grande-Bretagne, par le professeur Nuttal ; la Grèce, par le professeur Copanaris, par MM. Stéphanopoulo et Vitalis ; l'Italie, par le professeur Dante de Blasi, par MM. Lutrario Castiglioni, Pecori, Corrado Tommasi Crudeli, Sampietro, La Terza, Jangto Costa, Cortesi, Mazzolani, Franco ; l'Ile de Malte, par M. Crétien ; le Portugal, par le professeur Ricardo-Jorge ; la Roumanie, par le professeur Cantacuzène, et par MM. Combiescu et Bulan ; la Turquie, par le professeur Hussamettin Bey et M. Assim-Ismail ; la Yougo-Slavie, par le professeur Simitch et M. Stéphanovitch ; l'Algérie, par MM. Henry, Picard et Sasportas ; la Tunisie, par le professeur Nicolle, et par MM. Gobert et Reynal ; le Maroc, par M. Beros ; le Liban, par le médecin général Jude ; la Syrie, par le professeur Riza-Saïd et le professeur Trabaud ; les Alaouites, par le Dr Rasanfan.

Le Comité d'hygiène de la Société des Nations était représenté par le professeur Madsen, par M. Lutrario et M. Burnet ; l'Académie des sciences, par le professeur Leclainche et le professeur Lapicque ; le ministère de la Guerre, par le médecin général Orbelé et le médecin commandant James ; le ministère de la Marine, par le médecin général Autric, le médecin en chef de première classe Plazy et les médecins en chef de deuxième classe Marcandier et Hederer ; le ministère des Colonies, par le médecin général Couvy, les lieutenants-colonels Arlo et Guyomarch ; le ministère de la Marine marchande, par le Dr Marcel Clere, la Faculté de médecine de Paris et l'Institut supérieur d'hygiène, par le professeur L. Tanon ; la Faculté de Montpellier, par le professeur Euzière ; la Faculté de médecine d'Alger, par le professeur Pinoy ; la Faculté de Beyrouth, par le professeur Péan ; le Conseil de perfectionnement de l'Institut océanographique, par MM. Le Danois et Teissonnière. Enfin les diverses sociétés scientifiques avaient envoyé des délégués.

La séance d'ouverture fut présidée par M. JUSTIN GODARD, ministre de la Santé publique. Des discours furent prononcés par le Dr RIBOT, maire de Marseille, par le professeur MARCHOUX, et par le ministre. « A la rupture brutale des relations, a dit le ministre, à la fermeture des frontières pour éviter l'invasion du mal, on tend à substituer de plus en plus l'étude en commun de ses origines, la lutte combinée contre les germes morbides et leurs porteurs. Ainsi s'affirmera une méthode efficace dont la série des congrès que vous commencez aujourd'hui dégagera et précisera la supériorité. »

Puis, la parole fut donnée à M. Sadi de Buen pour lecture de son rapport sur la spirochétose espagnole.

La spirochétose espagnole (M. SADI DE BUEN, *rapporteur*). — La fièvre hispano-africaine se présente surtout dans les mois d'été et frappe de préférence les hommes.

L'*Ornithodorus erraticus* doit être considéré comme l'unique vecteur de la réeurrente espagnole. Cette maladie est de longue durée ; elle peut atteindre quatre ou cinq mois, quelquefois plus encore. Premier accès de trois à huit jours, apyrexie, second accès plus court, apyrexie ; les autres accès sont de courte durée ; la température atteint souvent 41°. La maladie guérit spontanément.

Les fièvres récurrentes des pays méditerranéens. — M. CHARLES NICOLLE étudie les différentes fièvres récurrentes des pays méditerranéens. Fièvre récurrente mondiale transmise par les poux, fièvre récurrente hispano-africaine transmise par l'*Ornithodorus erraticus* et dont l'aire s'étend de l'Espagne à l'Egypte.

Pour distinguer ces deux maladies, le seul procédé consiste dans l'inoculation du sang du malade au cobaye. Le cobaye inoculé avec le sang d'un malade atteint de spirochétose espagnole présente des accès frébriles caractéristiques avec spirochètes nombreux.

Fièvre récurrente dans les colonies italiennes

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

du nord de l'Afrique et fièvre causée par la piqûre des tiques. — M. G. FRANCHINI (Italie) montre que les cas de fièvre récurrente à spirochètes sont rares dans les colonies italiennes du nord de l'Afrique. Il décrit l'*Ornithodorus Franchini* qui produit par piqûres des lésions cutanées très évidentes.

La tique ornithodorus erraticus (MM. MATHIS ET DURIEUX). — Cette tique, agent de transmission de la spirochétose espagnole, transmet aussi une spirochétose du groupe Dutton, ainsi que les auteurs ont pu le constater dans la région de Dakar. Ces constatations confirment les travaux de Ch. Nicolle, d'Anderson et de Colas Belcour sur la transmission des spirochètes récurrents par les ornithodores.

La spirochétose ictéro-hémorragique. — M. RICARDO JORGE (Portugal), dont on connaît les importants travaux sur les spirochétoses, montre les origines de la spirochétose ictéro-hémorragique, en fait le diagnostic biologique et termine en étudiant les spirochètes saprophytes.

La spirochétose ictéro-hémorragique en Grèce (M. CAMINOPÉTROS). — Cette maladie, très répandue en Grèce, se rencontre surtout dans les régions où l'on trouve en abondance dans les eaux des puits et des citernes, des spirochètes morphologiquement identiques au spirochète ictéro-hémorragique. Quelques faits démontrent l'existence d'un cycle évolutif chez le rat.

La pathologie du littoral méditerranéen. — Dans un tableau très largement brossé, M. HECKENROTH estime qu'on peut accorder à la pathologie méditerranéenne une physionomie qui lui est propre. Deux maladies cosmopolites : la fièvre typhoïde et le paludisme, y revêtent une allure de gravité qu'on ne rencontre pas dans les pays de latitude plus élevée. Deux affections, la fièvre jaune et la dengue, y rencontrent des conditions favorables à leur développement. Le trachome, la mélitococcie sont indiscutablement nés sur place. La fièvre escarro-nodulaire semble bien exclusivement méditerranéenne ; enfin la bilharziose vésicale si commune en Egypte, Palestine, Mésopotamie, se rencontre aussi en Tunisie, en Algérie, en Grèce, en Syrie, à Chypre et en Espagne.

La lutte contre les maladies infectieuses en Turquie (M. ASSIM ISMAIL). — Un système de lutte a été établi d'après les données scientifiques les plus modernes. La déclaration obligatoire des maladies infectieuses qui existait depuis dix-huit ans a été étendue à d'autres maladies depuis 1930. Au cours des récentes épidémies de scarlatine et de méningite cérébro-spinale, les vaccinations préventives ont donné des résultats fort intéressants.

De la collaboration des syndicats médicaux avec les hygiénistes officiels. — M. FOATA insiste sur l'utilité de cette collaboration, sans laquelle rien de durable ne peut être fait en matière d'hygiène sociale.

Contrôle technique et sanitaire de l'immigration en France. — M. POUILLOT insiste sur l'utilité du contrôle sanitaire des étrangers qui viennent travailler en France ; il montre ce qui a été organisé et les services que cet organisme rend chaque jour.

Sur l'application des dispositions de la convention sanitaire internationale de 1926 relative à l'outillage sanitaire des ports (M. VILLEJEAN). — Les renseignements envoyés par les gouvernements participants à la convention sanitaire internationale de 1926 sont publiés par l'Office international. Ces renseignements portent non seulement sur l'organisation générale du service sanitaire maritime et les taxes sanitaires, mais aussi sur l'outillage des principaux ports et donnent la liste des ports qualifiés pour pratiquer la dératisation.

Suppression du danger des immigrants arrivant à Marseille. — Pour M. MARCEL LÉGER, rien ne servirait de prendre en France des mesures énergiques contre la syphilis si chaque jour arrive dans nos ports un flot nouveau de syphilitiques. Il y a lieu de pratiquer, notamment chez tous les immigrants nord-africains, un examen de sang avant le débarquement et de les munir d'une fiche sanitaire pour que les employeurs soient tenus de les faire traiter jusqu'à guérison. Par application des règles de la syphilimétrie, le traitement est efficace.

Immigration et climat en Afrique du Nord (M. MARTIAL). — Le climat nord-africain est aisément supportable pour les Européens, à condition de suivre les règles d'hygiène élémentaire.

La politique de l'eau actuellement poursuivie fait de l'Afrique du Nord un excellent pays d'immigration.

Rôle des services quarantenaires de la Syrie et du Liban dans la protection sanitaire de l'Europe. (MM. JUDE et LUBET). — La Syrie et le Liban sont les points d'aboutissement de la route terrestre des Indes. Les organismes sanitaires des États sous mandat français se divisent en services maritimes et terrestres. Les services quarantenaires des pays sous mandat français ont avec les services sanitaires d'Egypte une action de premier ordre dans la protection de l'Europe.

Le problème des moustiques urbains dans l'hygiène méditerranéenne (M. ROUBAUD). — Il y a deux espèces essentielles : *Ædes Ægypti* et *Culex pipiens*. La première est justiciable des progrès réalisés dans l'adduction de l'eau potable et l'évacuation des résidus. Quant au développement du *Culex pipiens*, il est dû non seulement aux collections d'eau de jardins, à ciel ouvert, mais aussi aux fosses d'aisance et aux systèmes souterrains des eaux usées.

Orientation rationnelle de l'assainissement en pays méditerranéen M. GOBERT (Tunis). — La fermentation des ordures doit être considérée comme le procédé de choix en pays méditerranéen. On a reproché à la cellule Beccari sa faible capacité utile, son encombrement, le tri préalable.

Le commandant Boggiano-Pico a imaginé un autre procédé en ajoutant une tour de 5 à 6 mètres de haut, dans laquelle on verse les ordures sans triage préalable. La pompe à air est l'accessoire indispensable de l'opération.

Salubrité des coquillages produits et consommés sur le littoral méditerranéen. — M. TEISSONNIÈRE, après avoir montré que le décret du 31 juillet 1923 réglementant la production des huîtres, a rendu en France les plus grands services, insiste sur le danger des autres coquillages, en particulier des moules, dont la consommation à l'état cru atteint annuellement plusieurs millions de kilogrammes dans la région marseillaise. Il y aurait lieu de mettre au point une réglementation uniforme.

A la suite de cette communication, une commission

composée de MM. Jaubert, Lafforgue, Le Danois, R. Neveu, Rey et Teissonnière, a été nommée pour l'étude et la rédaction d'un vœu qui a été voté par le Congrès en dernière séance, après légère modification dans la rédaction par M. Honnorat.

La verdunisation (M. Bunau-Varilla). — La verdunisation exerce un effet assainissant instantané grâce à l'émission de rayons ultra-violets qui agissent sur les microbes pathogènes et doivent aussi fort probablement déterminer la formation de vitamines en se fixant sur certains éléments de la partie non saponifiable des graisses existant dans l'eau à l'état colloïdal.

M. Orticoni insiste sur l'importance de la verdunisation et demande que cette méthode soit généralisée.

Une commission composée de MM. Bunau-Varilla, Orticoni, Lapicque, est désignée pour l'étude de cette question et présentation d'un vœu qui fut voté à la séance de clôture.

Au sujet de la notion d'eau potable (M. H. Velu). — Cristiani a signalé dans certaines régions l'existence d'une fluorose chronique chez le bétail. Or, cette fluorose n'est pas la seule. Elle existe aussi chez les animaux qui consomment pendant longtemps de l'eau ayant traversé des couches de phosphate naturel. Il convient donc d'ajouter aux analyses habituelles une analyse biologique des effets éloignés résultant de l'ingestion répétée d'eau contenant des doses même minimes de produits toxiques.

Conditions élémentaires pour réaliser et maintenir la salubrité des habitations et la conservation des monuments (M. A. Knapen). — L'auteur rappelle les influences néfastes de l'humidité et les inconvénients des murs trop peu épais, et il montre les résultats obtenus notamment au palais de Versailles et à Trianon.

Une arme nouvelle pour la lutte contre la mortalité infantile (M. Baccino). — Les maladies d'été, affections gastro-intestinales, coups de chaleur comptent pour le tiers dans la mortalité infantile. On semble considérer en général que les erreurs d'alimentation sont presque l'unique cause de cette mortalité, et on néglige un peu trop l'action nocive des agents physiques extérieurs, notamment de la température. C'est pourquoi M. Baccino a imaginé un berceau isotherme à climatisation et conditionnement d'air automatique.

Une commission composée de MM. Lapicque, Couvy, Mazzolani, Giraud et R. Neveu fut nommée et a rédigé le vœu suivant qui fut voté à l'unanimité :

« A la suite de la communication de M. Baccino, la commission a examiné le problème du danger de la chaleur pour les enfants du premier âge, abstraction faite du danger d'infection intestinale. Il a été reconnu d'un commun accord que ce danger existe à des températures trop basses pour qu'on puisse incriminer un seul facteur.

« La théorie de cette nocivité paraît difficile en l'état actuel de la météorologie et de la physiologie.

« En raison de l'importance pratique de ce problème dans le cas spécial de l'hygiène méditerranéenne, le Congrès émet le vœu qu'il soit étudié en collaboration par les hygiénistes, les pédiatres et les physiologistes. Provisoirement, il appelle l'attention sur l'utilité de noter la température au thermomètre humide en même temps qu'au thermomètre sec, et recommande de régler sur la température la protection vestimentaire des nourrissons ».

La seconde journée fut d'abord consacrée à la fièvre ondulante.

Etiologie de la fièvre ondulante (M. Burnet, *rapporteur*). — Les *brucella* sont pour ainsi dire des bactéries migratrices, on ne peut donc pas se contenter de les définir par leur provenance. Il faut un caractère qui subsiste chez la souche, que cette souche se trouve à un moment donné chez l'homme, chez la vache ou chez le porc, c'est ce caractère que la méthode de Hudlesen paraît donner.

Dans un milieu où se manifeste la fièvre ondulante, il est du plus haut intérêt de déterminer par l'intradermo-réaction à la mélitine l'indice d'infection comme on fait pour la tuberculose avec la tuberculine.

Quelques précisions épidémiologiques sur la fièvre ondulante en France (MM. J. Vidal et Taylor). — Les enquêtes faites par le centre de recherches sur la fièvre ondulante créé à Montpellier sous la direction du professeur Lisbonne mettent en évidence l'existence de cette maladie dans de nombreux départements considérés jusqu'à ce jour comme indemnes. Les résultats de ces recherches sont étayés par une importante documentation statistique.

Les formes de brucelloses humaines. — MM. Jullien et Ducatte proposent de distinguer trois formes de brucelloses : brucelloses occultes, simples et résistantes. Les sujets atteints de brucellose occulte sont utiles à connaître, parce que ce sont des porteurs de germes ; les brucelloses simples sont sensibles à tous les traitements anti-infectieux. Quant aux brucelloses résistantes, elles se signalent par leur durée, leur gravité, et par toutes les séquelles qu'elles entraînent.

Les complications méningées de la mélitococcie (H. Roger, de Marseille). — Les méningites mélitococciques, assez rares, évoluent avec syndrome clinique très net, réaction albumineuse accusée. Les réactions méningées décelées par ponction lombaire peuvent être divisées en trois types : grosses réactions avec hyperalbuminose et grosse lymphocytose, réactions légères et enfin réactions discrètes.

Expression clinique de la mélitococcie a microcoque de Bruce ou à bacille de Bang chez l'homme. — MM. Tanon et Neveu décrivent les caractères cliniques des deux brucelloses. Ils considèrent que, en l'absence du laboratoire, le diagnostic de la fièvre ondulante à mélitocoque et de la fièvre ondulante à bacille de Bang est possible dans beaucoup de cas. Au début, si la bronchite est marquée surtout aux sommets, s'il y a de la congestion même légère aux bases, il y a probabilité d'infection par bacille de Bang. Plus tard, dans la mélitococcie : oscillations journalières rapides, ondulations longues, régularité dans les oscillations, température souvent à 40°.

Dans la forme à bacille de Bang, oscillations lentes ondulations plus courtes, irrégularités dans les oscillations, aspect cahoté de la courbe ou courbe de fièvre continue.

Localisations douloureuses périostées dans la mélitococcie, myalgies avec myosites plus souvent dans la fièvre ondulante à bacille de Bang, en imposant pour la grippe. Complications plus fréquentes dans la forme à bacille de Bang, très rares dans la mélitococcie, sauf l'orchite.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Ce diagnostic clinique peut suffire pour justifier l'emploi précoce des injections d'endo-protéine de *Bacillus abortus* proposées par REILLY, CAMBESSEDÈS, GARNIER, lesquelles donnent presque toujours une guérison rapide.

Classification des brucella isolées en France par l'action bactériostatique des matières colorantes et la production d'hydrogène sulfuré. — MM. TAYLOR, LISBONNE et G. ROMAN ont soumis aux épreuves de Hudleson 256 souches de *Brucella* de provenances diverses. Les deux méthodes sont en accord dans 96 p. 100 des cas, et permettent de différencier les germes en deux catégories.

Cette classification bactériologique est en accord parfait avec les données épidémiologiques des différentes espèces contaminantes en France.

Endoprotéinothérapie de la fièvre ondulante. — MM. CAMBESSÉDÈS et F. LAYANNI rapportent des courbes démonstratives des résultats obtenus par cette méthode. Le succès de toute vaccinothérapie dépend avant tout de l'importance des réactions générales qu'elles provoquent. Les auteurs préconisent l'emploi d'un vaccin préparé à l'aide des endoprotéines de l'*Abortus*. L'infection de ce vaccin, précédée de l'étude de la sensibilisation, a toujours donné d'excellents résultats.

D'autres communications furent faites, notamment par M. COULON sur 19 cas de fièvre ondulante décelés par le séro-diagnostic au centre antipaludique d'Ajaccio; par MM. RANQUE et SENEZ sur la mélitococcie en Provence, de 1919 à 1932, et sur le diagnostic par les épreuves de laboratoire par MM. BALOZET et J. REYNAL sur la fièvre ondulante d'origine bovine à Tunis; par MM. PARIZOT et LÉVY sur la fièvre ondulante en Lorraine; par M. GRENOILLEAU sur un cas de fièvre ondulante à *Brucella abortus* d'origine bovine; par MM. DUBOIS et SOLLIER sur la vaccination préventive contre la fièvre ondulante à l'aide d'un vaccin polyvalent.

M. GODLEWSKI rappelle que la fièvre ondulante fait partie de l'étude que l'Assemblée française de médecine générale met à l'ordre du jour de ses assises de décembre où quarante sections départementales seront représentées. La synthèse de leurs travaux sera publiée dans la *Médecine générale française*.

A la suite de cette importante séance présidée par le professeur RICARDO-JORGE, une commission fut nommée pour rédiger un vœu qui fut voté à la fin du Congrès.

NOUVELLES

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — Professeur : M. A. Brindeau, avec la collaboration de MM. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Ecalle, agrégé, accoucheur de l'hôpital Boucicaut ; Vaudescal, agrégé ; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; Lantuéjoul, accoucheur des hôpitaux ; Paul Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Bidoire, chef de clinique ; Desoubry, Jacquet, de Peretti della Rocca, Suzor, Bompart, anciens chefs de clinique ; Cartier et Hinglais, chefs de laboratoire.

Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes donnés à la clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1932-1933. — Tous les matins, enseignement clinique par le professeur. — Lundi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 ; Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Présentation de malades à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes ; consultation de syphiligraphie. — Jeudi, 9 h. 30 : Opérations obstétricales et gynécologiques ; 10 h. 30 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité. — Vendredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre.

Cours de perfectionnement du jeudi soir. — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conféren-

NOUVELLES *(Suite)*

ciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux.

Il commencera le 1[er] décembre 1932, à 20 h. 45, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver. Pour les détails, consulter l'affiche spéciale.

Cours de pratique obstétricale. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes : un cours en février 1933. Le droit à verser pour ce cours est de 250 francs. — Trois cours de vacances : vacances de Pâques, pendant les quinze jours de vacances. — Vacances d'été, deux cours : du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre.

Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 250 francs. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

Cours de puériculture. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

Première série : le nouveau-né normal, en mars 1933. — Deuxième série : le nouveau-né pathologique, en mai 1933. Des affiches indiqueront le programme des leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Bidoire, chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Institut de médecine coloniale. — L'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1932 a commencé le 3 octobre et sera terminée en décembre. A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique : professeurs, MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon. — Parasitologie : professeur, M. Brumpt. — Bactériologie : professeur, M. ... — Ophtalmologie : professeur, M. Terrien. — Hygiène et épidémiologie exotique : professeurs, MM. Camus, Marchoux, Neveu-Lemaire, Pozerski, Tanon, Lemierre. — Maladies cutanées : professeur, M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds : professeur, M. Lenormant. — Règlements sanitaires : professeur, M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de la scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs ; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. *Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront etre produits au moment de l'inscription.*

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Création de la Société française d'électropyrexie. — A la suite de la séance consacrée à l'électropyrexie, qui a eu lieu le 15 juin dernier au château de la Muette, il a été décidé la formation de la Société française d'électropyrexie.

Celle-ci aura pour but de grouper et de faire connaître tous les travaux scientifiques et les résultats thérapeutiques obtenus, au moyen de la fièvre artificielle et en particulier de l'électropyrexie.

Après chaque séance, paraîtra un bulletin qui sera largement diffusé. Le programme de la séance suivante sera envoyé en même temps que les convocations à tous les membres de la Société.

Le siège social de celle-ci, ainsi que la salle de réunion, est fixé à « La Muette », rue André-Pascal, Paris (XVI[e]).

M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, a bien voulu accepter la présidence d'honneur de la Société française d'électropyrexie. Celle-ci comprendra des membres d'honneur élus par le Comité, et des membres actifs.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Ce cours est organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, P. Jacob, J. Levesque et A. Ravina, médecins des hôpitaux ; A. Maurer, chirurgien des hôpitaux ; G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec ; MM. E. Brissaud, J. Rolland, E. Coulaud, F. Hirschberg,

NOUVELLES *(Suite)*

E. Hautefeuille, J. Arnaud, A. Soulas et Mlle M. Blanchy, assistants et anciens assistants ; M. S. Doubrow, chef de laboratoire de la Faculté, et M. Evrot, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 24 octobre 1932, à 11 heures, à la salle des conférences de la Clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats au poste de médecin de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses : s'adresser à M. le Dr Arnaud, directeur général du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat delaFaculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet no 4).

Institut de criminologie. — PROGRAMME DES COURS. — *Section de droit criminel* (Les cours ont lieu à la Faculté de droit). — Droit pénal spécial : Les crimes et délits contre les particuliers, M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : mardi, à 17 heures.

Droit pénal spécial : Les crimes et délits contre l'Etat, M. Donnedieu de Vabres, professeur à la Faculté de droit : mardi, à 18 heures.

Droit criminel approfondi et comparé : Questions choisies de droit pénal spécial et de procédure criminelle : le faux, l'escroquerie, l'abus de confiance, M. Hugueney, professeur (amphithéâtre V) : mardi et jeudi, à 8 h. 50.

Procédure criminelle, M. G. Lagarde, avocat général à la Cour d'appel : jeudi, à 18 heures.

Médecine légale, M. Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine : jeudi, à 17 heures.

Médecine mentale, M. Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 15 (amphithéâtre III).

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle. (Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'Asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal).

A la Faculté de médecine : Médecine légale, M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, et M. Piédelièvre, agrégé : de novembre à février, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures.

Accidents du travail et maladies professionnelles, M. Duvoir, agrégé : tous les mardis, à 18 heures.

Pathologie mentale, M. Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine : au mois de mars 1933, à 18 heures.

Législation et jurisprudence médicales, M. le professeur Hugueney : de novembre à février, le samedi, à 18 heures.

A l'Asile Sainte-Anne : Clinique psychiatrique, M. le professeur Henri Claude : les mercredis et samedis matin, à 10 heures.

Examen des malades et rédaction de rapports. — MM. les chefs de clinique : le jeudi, à 15 h. 30.

A l'Institut médico-légal : Travaux pratiques (pendant toute l'année). Autopsies, M. le professeur Balthazard : le mercredi, à 14 heures. — M. Piédelièvre, agrégé : le lundi, à 14 heures. — M. Dervieux, chef des travaux : le vendredi, à 14 heures.

Médecine légale, MM. Dervieux et Piédelièvre : A partir du 1er janvier, le lundi, à 15 heures.

Toxicologie, M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, directeur du laboratoire de toxicologie : le vendredi, à 15 heures.

Section de police scientifique. (Les cours ont lieu tous les jours, à 16 heures et à 17 heures, à l'Institut médico-légal (place Mazas), au mois d'avril 1933.)

Organisation de la police, M. Lafont, docteur en droit, commissaire de police de Paris et du département de la Seine : mardi, jeudi, samedi, à 17 heures.

Médecine légale générale, M. le professeur Balthazard, professeur à la Faculté de médecine ; MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et M. Dervieux, chef des travaux : mardi, jeudi, samedi, à 16 heures.

Médecine légale psychiatrique (anthropologie criminelle), M. Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine ; MM. Lévi-Valensi, Heuyer et Ceillier : lundi, mercredi, vendredi, à 17 heures.

Police scientifique, M. Saunié, agrégé à la Faculté de médecine, chef du service d'identification judiciaire à la préfecture de police : lundi, mercredi, vendredi, à 16 heures.

Section de science pénitentiaire. Les cours ont lieu à la Faculté de droit.

Science pénitentiaire, M. Mossé, inspecteur général des services administratifs : lundi, à 17 heures.

Régime pénitentiaire, M. Mercier, juge au tribunal de Dijon : lundi, à 18 heures.

Médecine mentale, M. Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 15 (amphithéâtre III).

Procédure criminelle, M. Lagarde, avocat général à Dijon : lundi, à 18 heures.

Médecine légale, M. Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine : jeudi, à 17 heures.

Les inscriptions doivent être prises : Pour la section de droit criminel et la section de science pénitentiaire, à la Faculté de droit. Pour la section de médecine légale et de psychiatrie criminelle et la section de police scientifique, à la Faculté de médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 francs pour l'année scolaire.

Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de droit, soit à la Faculté de médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : Section de droit criminel et section de science pénitentiaire : 2 droits semestriels d'exercices pratiques à 100 francs, 200 francs ; 1 droit d'examen (comprenant le délivrance du diplôme), 50 francs. — Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle : 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, 400 francs, 1 droit d'examen, 20 francs. — Section de police scientifique : 1 droit d'études, 60 francs, 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 20 francs.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1933.

Legs Vignard à l'Association générale des médecins de France. — Mme Vve Vignard, de Paris, obéissant au désir de son mari le Dr Vignard, décédé en 1917, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin-chef de

NOUVELLES *(Suite)*

l'hôpital maritime de Sulina (Roumanie), a légué à l'Association générale des médecins de France toute sa fortune s'élevant environ à 200 000 francs. Ce legs, qui portera selon la volonté de la testatrice le nom de « legs Vignard », permettra aux différentes caisses de continuer avec plus d'efficacité l'œuvre d'entr'aide professionnelle qu'elles poursuivent en faveur des membres de l'Association.

Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Velter, agrégé, M. le Dr A. Terson et de MM. les Drs Casteran, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus et Hudelo, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 21 octobre, à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours et conférences de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 18 novembre 1932, à 10 h. 30, à l'Ampithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORDRE DU SERVICE. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée.

Les mardis, jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires.

Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades.

Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — M. le professeur F. Terrien commencera le mardi 8 novembre 1932 à 10 h. 30 du matin (Amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les Affections oculaires d'origine exotique et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT POUR LES STAGIAIRES (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Castéran, Veil, Renard, Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, M. Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 10 novembre 1932, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleur, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — MM. les professeurs Strohl et Cange, MM. les Drs Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1932, janvier, février, mars 1933, une série de conférences sur Quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

COURS DE PROPHYLAXIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs M. Castéran, Renard et Mlle S. Braun, commencera le mardi 10 janvier 1933 à 10 h. 30 un cours en cinq leçons sur la Prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance, et le continuera les jeudis et mardis suivants.

COURS DE NEUROLOGIE OCULAIRE. — M. Velter, agrégé et M. le Dr Tournay commenceront en février-mars 1933 un cours de quinze leçons sur les Manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern et de MM. les Drs Sainton, Ramadier, Cousin, Castéran, P. Veil, Renard, Goulfier, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, fera en mars et juin 1933 un cours de Technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologique, et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

COURS DE CHIRURGIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. les Drs Castéran, P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, feront, pendant le mois d'octobre 1933, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

COURS DE LABORATOIRE. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, chef de clinique et chef de laboratoire, feront en octobre 1933, un cours de technique appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

Cours de puériculture de l'Entr'aide des femmes. — La treizième année des cours de puériculture que l'Entr'aide des femmes françaises organise sous la haute direction du Dr Devraigne, accoucheur de Lariboisière, et dont le succès est toujours grandissant, commencera le lundi 7 novembre 1932, par une conférence à la Sorbonne, et se poursuivra tous les lundis jusqu'au 20 mars.

Au programme, 29 conférences par les professeurs et les médecins les plus qualifiés, et des stages pratiques à l'Institut de puériculture de Lariboisière et dans les pouponnières de l'E. F. F. à Boulogne-sur-Seine et Fontenay-sous-Bois.

Inscriptions et renseignements à l'Entr'aide des femmes françaises, 99, rue de Prony, Paris (XVIIe).

La Médicale, Société anonyme, Compagnie d'assurances contre la responsabilité civile professionnelle et les accidents. *Siège social* : 184 *a*, boulevard Général-Jacques, Bruxelles. *Agence générale pour la France* : 1, place des Deux-Ecus, Paris.

Depuis quelque temps, on entend beaucoup parler de responsabilité médicale.

Comme le disait naguère le *Journal des praticiens*, la tendance s'exagère, de jour en jour, de rendre le praticien responsable des accidents qui surviennent à ses malades.

La loi est rigoureuse ; même interprétée dans le sens le plus étroit de son texte, elle reconnaît au tiers lésé un droit incontestable à des réparations.

En l'appliquant, les tribunaux montrent une tendance de plus en plus marquée à élargir la portée du texte et à surestimer la valeur du dommage causé. Sous l'influence d'idées nouvelles, ils laissent déplacer le fardeau de la preuve qui, en principe, incombe au demandeur lésé et abandonnent le défendeur sous le poids d'une injuste présomption de faute. Ils jugent selon l'équité plutôt que selon le droit et, dans un esprit de charité, envisagent l'in-

NOUVELLES (Suite)

fortune à soulager bien plus que le dommage à réparer.

Il n'est guère possible de lutter isolément contre de pareilles tendances ; aussi l'assurance de la responsabilité civile, qui serait utile et opportune en présence du seul texte de la loi, devient indispensable et urgente si l'on considère la façon dont la loi est actuellement appliquée.

Depuis près de trente ans *La Médicale* a spécialisé cette assurance. Des le jour où une malencontreuse assignation est signifiée au praticien ou dès le moment où il est l'objet d'une réclamation de la part d'un client qui se croit lésé, elle prend en main la défense de ses intérêts et le délivre des soucis, frais et perte de temps.

Plus de 25 000 praticiens y sont assurés (médecins, dentistes, pharmaciens, etc.), lesquels y furent attirés par sa réputation de compétence, ses références de premier ordre et ses garanties dépassant huit millions.

Aux praticiens déjà titulaires d'une assurance de l'espèce à une autre Compagnie, *La Médicale* consent des suppléments de garantie à des conditions très avantageuses.

En même temps que cette assurance qui confirme à *La Médicale* son caractère propre d'œuvre professionnelle, elle traite aussi les assurances individuelles devenues également indispensables.

En effet, quand on songe un instant à la variété et au nombre croissant des accidents auxquels le corps humain est exposé, qu'on se rend un compte exact de leurs conséquences, parfois désastreuses pour les familles des victimes, on est amené à comprendre la nécessité de l'assurance individuelle contre les accidents, et pour peu qu'on ait le respect du devoir, le souci du lendemain, on doit se hâter de souscrire une police ou de compléter celle qui serait actuellement en cours, en prenant un supplément à *La Médicale*. En faveur du corps médical, elle a étudié un contrat donnant, dans la plupart des cas, le double de ce qui est accordé par les compagnies ordinaires.

D'ailleurs, en écrivant à l'Agence Générale pour la France, 1, *place des Deux-Ecus, Paris* (*Ier*) tél. Gut. 38-78, ou mieux à son Inspecteur, M. H. Gillard, 27, avenue G.-Clemenceau à Villennes-s.-Seine : vous recevrez tous renseignements utiles.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (clinique Parrot). — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le jeudi 3 novembre.

Organisation de l'enseignement. — Le lundi, à 11 heures : Conférence d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service.

Le mardi, à 10 h. 45 : Policlinique au pavillon Pasteur.

Le mercredi, à 10 h. 45 : Leçon clinique par le professeur.

Le jeudi, à 10 heures : Conférence d'hygiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires. — A 11 heures : Consultation de nourrissons et policlinique.

Le vendredi, à 10 h. 45 : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades).

Le samedi, à 10 h. 45 : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

En outre, à partir, du 10 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles), enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine).

S'inscrire pour cet enseignement spécial au laboratoire.

Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1933.

Clinique des maladies infectieuses (hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur Lemierre fera la leçon inaugurale de son cours, le jeudi 24 novembre 1932, à 10 h. 30 et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

Organisation du service et de l'enseignement. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves sous la direction du professeur des assistants.

Enseignement. — Le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le professeur Lemierre.

Les mardis et samedis, à 10 h. 30, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Drs J. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; Gastinel, agrégé ; J. Lévesque, Etienne Bernard, R. Garcin, F. Coste, A. Laporte, médecins des hôpitaux ; Reilly, chef de laboratoire de la Faculté ; Rivalier, ancien chef de clinique ; Layani, Lièvre, Cattan, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le Dr Chatelier, otho-rhino-laryngolgiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes :

1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de sémiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement.

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement,

NOUVELLES *(Suite)*

chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. le Dr Gastinal, agrégé de bactériologie ; de M. le Dr Reilly, chef de laboratoire ; de M. le Dr Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; de M. le Dr Cambessedès, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

XIXe Congrès annuel d'hygiène (Paris, Institut Pasteur), les 24, 25, 26, 27 et 28 octobre 1932. — Le XIXe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre 1932, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Augustin Rey, président de la Société pour 1932.

La Société de médecine publique assume tous les frais du Congrès ; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

École de puériculture de Bordeaux (Fondation Docteur Édouard CADENAULE). — Les cours de l'année scolaire 1932-1933 commenceront le jeudi 20 octobre 1932, à la *Policlinique de Bordeaux*, 4, rue Paul-Bert, à 10 heures, et le mardi 18 octobre, à 16 heures 45, à l'annexe de l'École, 75, rue Montméjean (Clinique infantile de Bordeaux la Bastide).

Ces cours, gratuits, ont lieu une fois par semaine, et comprennent un enseignement théorique (puériculture et lois sociales, concernant la protection de la femme et de l'enfant) et un enseignement pratique (soins aux nouveaux-nés et aux enfants jusqu'à 2 ans).

A la fin de l'année scolaire, un diplôme de puériculture est décerné aux élèves ayant satisfait aux différentes épreuves de l'examen.

En outre, quatre leçons de puériculture anti-natale pourront être facultativement suivies par les élèves. Cet enseignement de l'art d'élever les enfants s'adresse à toutes les jeunes filles, futures mères de demain, qui peuvent ainsi acquérir, à partir de l'âge de quinze ans, un complément d'instruction indispensable à l'heure actuelle.

Les inscriptions sont reçues tous les jours au siège de l'école, 4, rue Paul-Bert (Policlinique de Bordeaux) de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

15 OCTOBRE. — *Paris*. Dernier délai de candidature à la fondation J.-A. Sicard (s'adresser au doyen de la Faculté de médecine de Paris).

15 OCTOBRE. — *Le Mans*. Concours de l'internat des hôpitaux du Mans.

15 OCTOBRE. — *Montpellier*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

15 OCTOBRE. — *Poitiers*. Dernier délai d'inscription pour le concours de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers.

17 OCTOBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier. Professeur BRINDEAU : cours de pratique obstétricale.

17 OCTOBRE. — *Marseille*. Concours de clinicat de médecine infantile.

17 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 9 heures, concours du clinicat obstétrical, du clinicat gynécologique, du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, du clinicat des maladies mentales.

17 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Ouverture des travaux supplémentaires de chimie.

17 OCTOBRE. — *Lille*. Concours de l'internat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

17 OCTOBRE. — *Lille*. Concours de l'externat des hôpitaux de Lille (hôpital de la Charité).

18 OCTOBRE. — *Bordeaux*. Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

18 OCTOBRE. — *Brest*. Concours de l'internat des hôpitaux de Brest.

19 OCTOBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 9 heures. Concours du clinicat d'oto-rhino-lagyngologie.

20 OCTOBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant d'obstétrique à l'École de médecine de Nantes.

20 OCTOBRE. — *Rouen*. Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

21 OCTOBRE. — *Montpellier*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Montpellier*. Concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Lille*. Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

24 OCTOBRE. — *Lille*. Concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Lille*. Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

NOUVELLES *(Suite)*

25 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernière limite pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

26 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

27 OCTOBRE. — *Grenoble.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

29 OCTOBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

31 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à 'École de médecine de Rennes.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société médicale des hôpitaux (12, rue de Seine). Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Paul Le Gendre.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai de réception des manuscrits pour le prix Le Gendre et pour le prix Gingeot (envoi au secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai des candidatures à la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales (ministère de la Guerre, direction des troupes coloniales, 3e bureau).

1er NOVEMBRE. — *Marseille.* Dernier délai pour l'envoi des mémoires pour le prix Jean ESCAT (Société de chirurgie de Marseille, 3, Marché des Capucins).

3 NOVEMBRE. — *Ville des Académiesf.* Examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

7 NOVEMBRE. — *Rennes.* Concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

7-8 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation de médecine légale, pharmacologie et matière médicale.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la prise de la première inscription.

9-10 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine.* Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

9-10 NOVEMBRE. *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation d'urologie.

14 NOVEMBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux de Toulon.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours d'agrégation.

15 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription du concours de l'internat des hôpitaux de Nîmes (hôpital Ruffi).

16 NOVEMBRE. — *Poitiers.* Concours de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers.

CHRONIQUE DES LIVRES

La question de l'opium, par Justin ZENDER, privat-docent à l'Université de Genève. Un volume grand in-8 de 283 pages avec graphiques. Prix : 35 francs *Librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris*).

La question de l'opium est l'une des plus complexes qui soient ; car il y a un besoin légitime d'opium et des alcaloïdes, qui sont fabriqués dans les pays de grande industrie chimique. Comment restreindre aux seules fins médicales et scientifiques la culture du pavot, la fabrication de l'opium et de ses alcaloïdes? Il y a là des problèmes d'ordre économique qui ne pourront être résolus que par des ententes internationales.

Mais, quelles que soient les difficultés rencontrées, on verra, par les statistiques publiées par l'auteur, que, sous l'influence de l'opinion publique et des autorités, de grands progrès ont déjà été réalisés, par des règlements nationaux et des ententes internationales, qui font bien augurer de l'avenir.

L'historique de cette question est particulièrement intéressant, puisque nous voyons déjà au XVIIIe siècle le Gouvernement chinois lutter avec énergie contre cette plaie sociale. Mais, comme nous l'avons dit, l'opium est un médicament de premier ordre et le principal de ses alcaloïdes est aujourd'hui indispensable à la thérapeutique. L'auteur consacre des chapitres distincts à la composition chimique de l'opium, à ses propriétés physiologiques et psychiques, à l'accoutumance et à la toxicologie de la drogue.

On lira avec intérêt et curiosité tout ce que M. Zender raconte sur les mangeurs, les chiqueurs, les buveurs, et les fumeurs d'opium.

De nombreux graphiques permettent de lire très utilement les statistiques très nombreuses et très complètes publiées par l'auteur. La fin de l'ouvrage est consacrée aux conventions et accords internationaux relatifs à l'opium.

L'index ci-après indique tout l'intérêt du sujet traité sous toutes ses formes.

Le pavot somnifère et l'opium. Répartitions des cultures du pavot somnifère. Mode de culture. Parasites et ennemis du pavot. Alcaloïdes. Récolte de l'opium. Composition des divers opiums. Les différentes sortes d'opium. Histoire du pavot. Chimie. Morphine. Encodal. Dicodide. Dilaudide. Papavérine. Narcotine. Apomorphine. Actions physiologiques et pharmacologie. Localisation de la morphine dans les divers tissus et sécrétions. Toxicologie. Usages et abus de l'opium. Statistique. Conventions.

LIBRES PROPOS

ÉPILOGUE AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE DE VICHY

Après plusieurs semaines écoulées depuis que se sont éteints les derniers feux d'artifice du Congrès de Vichy, je voudrais en apprécier les résultats, en tirer des conclusions et remercier tous ceux, Français et Etrangers, qui ont si brillamment contribué à ce bel effort international.

Le succès du Congrès était certain : car chacun sait avec quelle magnificence on est reçu à Vichy ! Néanmoins les plus optimistes ne pensaient pas que, par ces temps de crise, le chiffre des adhérents dépasserait quatorze cents, bien qu'on ait dû arrêter les inscriptions dès le 1er août. Ils ne pensaient pas, surtout, que, par ces temps d'orages et de difficultés économiques et monétaires, 500 étrangers, (et de gros poids moléculaire !) viendraient de tous les pays du monde même les plus lointains, non seulement d'Europe, mais aussi du proche Orient, des Amériques, de l'Insul-Inde et du Japon ! Or cela seul indique un désir de rapprochement des élites médicales sur lequel il faut insister...

L'originalité du Congrès de Vichy était de n'avoir pour programme qu'une question limitée, la lithiase biliaire, mais de réunir sur elle l'avis de tous les spécialistes qui s'y intéressent : médecins, chirurgiens, radiologues, hydrologues.

Il se tenait dans une grande Station qui peut « recevoir » avec des salles de réunions, de fêtes, et des possibilités magnifiques de logement.

C'est là, semble-t-il, la formule des Congrès de demain.

La tenue scientifique du Congrès a été remarquable :

Aux séances de sections du matin, présidées avec tant d'autorité par les professeurs Lœper (médecine), Pierre-Duval (chirurgie), Villaret (thérapeutique et hydrologie) et Belot (physiothérapie et radiologie), un très grand nombre de communications, fort intéressantes, ont été faites.

Le matin également, belle séance de projections de radiographies vésiculaires par René Gilbert (de Genève), Ledoux-Lebard, Henri Béclère (de Paris), et de cinématographies de chirurgie biliaire par Pribram (de Berlin), Pauchet et Buizard (de Paris).

Le matin aussi, démonstrations de physiothérapie et d'hydrologie; visites des installations de Vichy, notamment des nouveaux établissements, non encore terminés, qui sont un modèle de belle simplicité pratique.

Aux séances plénières de l'après-midi, toutes sections réunies, la grande salle de théâtre du Casino des fleurs était comble : car les plus grandes vedettes de la Médecine, de la Chirurgie et de la Radiologie biliaires devaient y prendre la parole. Les séances étaient, d'ailleurs, présidées successivement par les plus grands noms scientifiques, et l'on y voyait les professeurs Achard et Hartmann pour la France, et, pour l'Etranger, les professeurs Gordon Heyd, (de New-York), von Bergmann et Umber (de Berlin), Glœssner (de Vienne), Roch (de Genève), Pelnar (de Prague), Danielopolu (de Bucarest), Marañon (de Madrid), Sanarelli (de Rome), O. Weill (de Bruxelles), Cukor (de Budapest), Narcisso (de Lisbonne), Moloff (de Sofia), Araujo (de Rio de Janeiro), Bensis (d'Athènes), Akil Moukhtar bey (de Stamboul), Michaelovitch (de Belgrade), Hymans van den Bergh (d'Utrech), Matzuo (de Kyoto), Risquez (de Caracas), Ramas (de Montevideo), etc. Le secrétariat général, dirigé par Aimard, avait tout prévu.

La première journée fut consacrée à la question médico-chirurgicale des *Séquelles de la cholécystectomie* : les très beaux rapports de J.-V. Donnet (de New-York) au point de vue expérimental, de Wilkie (d'Edimbourg), de Gosset et Petit-Dutaillis (de Paris) au point de vue chirurgical, de Giraud (de Montpellier) au point de vue thérapeutique, de Henri Béclère au point de vue radiologique, furent suivis d'une discussion animée dans laquelle intervinrent très brillamment, les professeurs von Bergmann, Patel, Frumerie, Pribum, Moxo, Cukor, de Martel, Bérard et Mallet-Guy, Villard (de Lyon), Lambret (de Lille), Hartmann enfin qui, comme président, condensa les conclusions utiles.

La seconde journée était réservée au *traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire*. Ici encore, nous eûmes le régal des beaux rapports de Chiray (de Paris) et Pavel (de Bucarest), de Chabrol (de Paris), d'Abrami (de Paris), de Umber (de Berlin), de Delherm et Dausset (de Paris), de Piéry et de Milhaud (de Lyon), avec les discussions de Le Noir, de Sarles, de Jacquet, de Mann (Trieste), de Magena (Madrid), de Friedrich (Buda-Pest), de Paillard (Vittel), de Hymans van den Bergh (Utrech), de Rondoli (Milan), de Maranon (Madrid), de Feissly, de Zimmern, de Stern (Carlsbad), d'Aimard, etc.

Enfin la troisième journée fut consacrée à la question, toute d'actualité, du *foie lithiasique*; des discussions passionnantes eurent lieu à ce sujet après les brillants rapports de Noël Fiessinger (de Paris), de Marcel Brûlé (de Paris), d'Harvier et Caroli (de Paris,) de Dierick (de Louvain), de René Gilbert (de Genève), de Gatellier (de Paris), auxquelles prirent part, notamment, von Bergmann, Umber (de Berlin), Hy-

LIBRES PROPOS *(Suite)*

mans van den Bergh (d'Utrech), Guy Laroche, et Grigaut, Glœssner (de Vienne), Gamna (de Sienne), Mogena (de Madrid), Kremer (de Varsovie), de Langen (de Batavia), Gaubert (de Marseille).

Par l'intérêt des questions, par la valeur et la renommée des orateurs, ce fut là une suite de discussions magnifiques, qui auront une influence sur l'orientation des idées et des recherches de demain...

Mais les Congrès ne consistent pas seulement en séances de travail. Ce qui fait, à la fois, leur utilité et leurs joies, ce sont les contacts personnels, les entretiens intimes, hors séances, où l'on apprend à se connaître, à s'estimer et où l'on échange des idées, non seulement sur la lithiase biliaire, mais aussi sur les grands problèmes de l'heure...

Or à cet égard aussi, le Congrès de Vichy doit être marqué d'une pierre blanche... Car il a révélé un désir de détente et une bonne volonté de compréhension et d'entr'aide internationales qui, par les temps inquiets où l'orage tournoie indéfiniment sur les têtes, ont été, pour beaucoup, une surprise et une espérance : ce fut, au milieu des nuages, le rayon de soleil qui perce tout à coup et fait espérer le beau temps...

Dans les conversations particulières, dans les discours de la séance d'ouverture présidée par le ministre Justin Godard, et où vingt-cinq Délégations étrangères parlèrent tour à tour, comme aussi dans les toasts qui terminèrent de merveilleux banquets, ce fut, exprimé de la part de tous, ce désir formel que la marche du Monde civilisé ne soit plus confiée seulement aux militaires, aux diplomates et aux politiciens dont l'impuissance éclate avec évidence ; que se rapprochent, les uns des autres, les intellectuels qui, dans chaque Nation, ont le même idéal scientifique et les mêmes préoccupations de culture ; que, surtout, s'unissent, de plus en plus intimement, les médecins, qui, dans tous les pays, ont une même discipline, le double culte de la science et de la vie humaine, qui mènent le même combat contre la souffrance et qui, même pendant la guerre, ont eu a remplir, des deux côtés, la magnifique tâche de sauver leurs semblables, à quelque nation qu'ils appartiennent !

Sur ce sujet, nous avons entendu de belles et fortes paroles, dites avec un tact, une dignité et une noblesse de sentiments qui ont fait une profonde impression, dont peuvent être fiers les médecins de tous les pays et qu'il était bon de faire connaître ici.

Détente et entente tel fut, en résumé, le Congrès de Vichy. Puisse demain continuer son œuvre !

PAUL CARNOT.

VARIÉTÉS

ROLE SOCIAL DE L'ENVIE

Il ne serait pas besoin de démontrer longuement l'aspect médical du vice de l'envie, c'est-à-dire de montrer qu'il peut s'exaspérer du fait d'un état de santé défectueux ou déficient, ou au contraire s'atténuer par un peu d'hygiène du corps. Ainsi Descartes, se souvenant du latin *liueo*, a-t-il curieusement indiqué, au *Traité des passions*, que « les envieux sont sujets à avoir le teint plombé. » Rien donc de plus légitime que d'appliquer en ce cas la sentence de Juvénal : *Orandumst ut sit mens sana in corpore sano*. Et s'il est bon de demander par prière à la divinité ce bien le plus précieux, en promettant pour la flamme de ses autels les entrailles, et pour la table les saucisses cultuelles d'un cochon de lait, il est encore permis de l'attendre, dans une certaine mesure, des conseils d'un médecin. Ne nous a-t-on point donné récemment une *Thérapeutique des péchés capitaux* ? Avec un art agréable et beaucoup de perspicacité, jointe à une large information, c'est une sorte de clinique morale de l'envie que vient d'écrire à son tour M. Eugène Raiga (1).

(1) EUGÈNE RAIGA, *L'envie, son rôle social*. Un vol. in-16 de XV 268 pages, 1932, Paris, Alcan.

La division en chapitres de cette monographie est encore dominée par une répartition plus générale de la matière, et qui paraît clairement.

On expose d'abord les facteurs psycho-physiologiques de l'envie, puis son *siège*, comme on eût dit autrefois, son origine, ses diverses formes ou couleurs, ses manifestations typiques. Deux distinctions sont établies, dont la première plus délicate, entre l'envie et la jalousie, et la seconde très aisée, entre l'envie et l'admiration. Touchant le parallélisme de l'envie et de la jalousie, quelques lignes de Condillac, citées dans le classique *Dictionnaire des synonymes* de Lafaye, sont d'une remarquable netteté : « L'*envie* est le chagrin que nous donne la vue des avantages des autres, de quelque nature qu'ils soient, fût-ce dans des choses auxquelles nous ne prétendons pas. La *jalousie* est la crainte de voir passer à un concurrent ou un rival un bien dont nous jouissons ou dont nous espérons jouir, et que nous ne voulons partager avec personne. » O la belle langue analytique de notre XVIII[e] siècle !

L'auteur étudie ce qu'il entre de jalousie dans l'amour, puis les diverses modalités qu'elle revêt dans les affections familiales : frères ou sœurs

VARIÉTÉS *(Suite)*

jaloux les uns des autres, quelquefois préférences coupables des parents; inversement, père et mère qui font de l'attachement de la progéniture un objet de discorde entre eux ; plus tard, quand les enfants ont grandi, se manifestent ces formes variées d'animosité dont une belle-mère acariâtre fournit le type légendaire. Tout ceci ayant trait nettement à la jalousie, on expose ensuite les conjonctures où l'envie se glisse dans les familles, et parfois même entre époux. Qu'il s'agisse de rang social, de profession, de mariage, d'héritage, du succès des enfants, des vains hochets de l'ambition, le champ est vaste pour la susceptibilité et les rivalités.

Il s'élargit encore lorsqu'on passe au cercle des amis. L'amitié étant comme une parenté de choix, une *affinité élective*, on peut bien croire que ce qui blesse les sentiments familiaux est de nature à causer de semblables dégâts dans la moyenne des relations qu'elle établit. Le vieil Eschyle met ces paroles en la bouche d'Agamemnon rentrant dans le palais des Atrides : « Il est peu d'hommes enclins à rendre hommage, sans quelques mouvements d'envie, au succès d'un ami... Je connais le miroir de l'amitié : elle s'est révélée le fantôme d'une ombre, l'affection de ceux que je croyais mes vrais amis ! Seul, Ulysse... » (traduction Mazon). Mais y a-t-il un mot plus effroyable que celui de Pascal : « Je mets en fait que si tous les hommes savaient ce qu'ils disent les uns des autres, il n'y aurait pas quatre amis dans le monde. »

Ouvrons un peu plus la perspective : c'est la petite ville, et il faudrait partir du village, la petite ville, — dont La Bruyère a esquissé le plus curieux tableautin, — où la malignité fermente en vase clos et trouve à se prendre à chaque objet et à chacun. A quoi bon insister ? On pourrait renvoyer à quelque vingt romans parmi les plus forts, ou simplement retourner à ses souvenirs. M. Raiga n'a eu garde d'oublier ici ce qui concerne les rapports sociaux des fonctionnaires avec la population au milieu de laquelle les retiennent leurs charges, mais c'est plus loin qu'on trouve étudié le monde propre qu'ils forment entre eux.

La grande ville n'est pas vraiment indemne de ce qui fait la peste des petites. Ne se décompose-t-elle pas, en effet, en catégories multiples que conditionnent les professions, les relations, que sais-je encore, les groupements de compatriotes, les simples rapports de voisinage, à commencer par ceux de l'immeuble où l'on habite, et auquel préside le cerbère à trois langues qui gouverne le cordon ?

Il est néanmoins bien certain que l'envie commune a des manifestations moins fréquentes et plus tièdes dans une très grande ville que dans un trou. Et d'abord, par une manière d'accord tacite de *se laisser tranquilles*. Sur ce chapitre-là au moins, le chapitre, pour parler familièrement, de se bouffer le nez, les esprits y sont un peu mieux éclairés, et le bon sens plus agissant. On voit plus de choses, et conséquemment on en comprend et en excuse davantage aussi. On se risque moins à trouver à redire, — et d'ailleurs manquerait-on un peu, parfois, d'auditoire, — on y est matériellement plus occupé, et plus distrait ; chacun, enfin, y a, plus qu'en province, une expérience plus ou moins personnelle des difficultés de la vie. Cependant, le besoin de briller peut faire qu'on y oublie vite ces considérations d'élémentaire sagesse. Mais enfin, sauf luttes d'ambitions démesurées, on s'accommode mieux, dans la grande ville, des contacts de toute sorte. Il est même assez probable que les rivalités féminines, qui y ont beaucoup d'acuité et y trouvent cent échos, avidement recueillis par les provinciales, n'ont pas néanmoins cette âpreté de guerre inexpiable qu'elles revêtent en la mesquinerie des petites cités.

Nous ayant de la sorte montré comme de haut l'étendue de ce royaume maudit, M. Raiga fait le tour des diverses professions, voulant fixer les caractères particuliers qu'y prend le zèle pernicieux objet de son enquête. C'est de la même façon que la Folie d'Erasme passait en revue ses sujets dans l'ordre de leurs occupations. Tel le Diable boiteux, notre auteur soulève indiscrètement le toit de chaque groupe corporatif : avocats, médecins, fonctionnaires, militaires, artistes, littérateurs, critiques, savants. Aucun métier n'est exempt de l'envie: « Le potier en veut au potier, le charpentier au charpentier, le pauvre est jaloux du pauvre, et le chanteur du chanteur » : on se rappelle ces vers d'Hésiode qu'ont redits volontiers tous les anciens. Seule la divinité est assez bonne, déclare Platon, pour n'éprouver d'envie à propos de quoi que ce soit. C'est, au reste, que les dieux ont la vie facile, comme le chante Homère, qui cependant leur prête nos misérables passions.

Mais il convient de nous arrêter au chapitre des médecins. Très modéré de ton, il paraît très juste. M. Raiga conteste le fondement de la boutade tant répétée : *invidia medicorum pessima*. « N'est-ce point assez que l'envie des médecins soit de même nature et aussi fertile en inventions malignes que celle des autres humains ? » Peut-être ne paraît-elle à tous ceux-ci plus exorbitante, qu'en raison des circonstances de caractère exceptionnel où elle s'observe. Il est trop vrai que ce n'est pas un métier d'être malade. Encore est-on satisfait, lorsqu'on le devient, de trouver ceux dont le ministère est de vous soigner. On devrait aussi prendre la peine de songer que celui à qui l'on se confie peut bien être par certains côtés simplement un homme,

VARIÉTÉS *(Suite)*

Une autre observation de M. Raiga vaut bien qu'on la relève : « Si l'on considère le corps médical dans son ensemble, on serait plutôt amené à constater entre spécialistes de branches différentes qui ne peuvent se faire concurrence, une confraternité réelle. Or c'est pourtant bien le lien médical qui les assemble, et cette empreinte qui est leur partage aux uns comme aux autres, mais spiritualisée par l'absence de tout conflit d'intérêts.

La conclusion du chapitre procède du même esprit : « C'est peut-être dans le corps médical que l'on rencontre portés au plus haut degré les sentiments altruistes. Désintéressement, dévouement jusqu'au sacrifice, telles sont les vertus dont généralement les médecins et les chirurgiens donnent les preuves les plus éclatantes. Combien de victimes du devoir en portent témoignage ! »

Par parenthèse, on lit au même endroit que l'opération de la fistule de Louis XIV fut le point de départ d'une considération toujours croissante et de la fortune des chirurgiens, dès lors impatients d'éclipser les médecins. Ainsi l'on voit que même dans notre histoire particulière, cette fameuse démarcation établie par Michelet dans le règne du roi-soleil (mais son infirmité n'avait rien à faire avec le soleil !) cette démarcation d'*avant* et *après la fistule*, a une réelle importance !

La chapitre des ecclésiastiques faillit être oublié, par discrétion. A la fin, M. Raiga s'est déterminé à lui faire sa place, mais il semble qu'il viendrait mieux à la suite des militaires, par exemple, que non pas où on l'a logé, entre le socialisme et les facteurs de guerre. Quoi qu'il en soit, ce chapitre est lui aussi très sagement dosé. Bien mieux, on s'y borne habilement à résumer une étude due à un saint prêtre et professeur de philosophie. Ajoutons que les lecteurs des admirables romans, — études eux aussi, — de Ferdinand Fabre se prendront ici à se les rappeler. Ce sont ouvrages, comme on sait bien, dénués de toute malveillance, mais discrètement pénétrés d'une sympathie vraie qui pourtant n'émousse pas l'acuité d'observation et d'analyse.

Aujourd'hui, réserve faite des hautes sphères où peut-être l'on change moins, les caractères du type d'Église semblent moins différenciés qu'autrefois, au temps où le clergé ne s'était pas, comme aujourd'hui, rendu plus politique et sportif. Il faisait classe, alors, davantage, une classe dont Balzac semble avoir heureusement exprimé certain trait aux dernières lignes de son étonnant portrait de Rigou : « En général, tous les gens qui tiennent à l'Église, ou qui en sont sortis, ont une patience d'insecte : ils la doivent à l'obligation de garder un décorum, éducation qui manque depuis vingt ans à l'immense majorité des Français, même à ceux qui se croient bien élevés. Tous les conventuels que la Révolution a fait sortir de leurs monastères et qui sont entrés dans les affaires ont montré, par leur froideur et leur réserve, la supériorité que donne la discipline ecclésiastique à tous les enfants de l'Église, même à ceux qui la désertent. »

Les formes de l'envie dans la carrière politique sont analysées au cours de trois chapitres dont le dernier passe à des considérations sociologiques et économiques sur les rapports du travail et du capital. M. Raiga étend même son enquête aux haines et rivalités entre nations. En fait, on doit reconnaître à ces antagonismes des caractères complexes. Les menaces d'un pays à l'autre naissent du particularisme des races, de l'orgueil de la force, d'un sentiment qui peut être sincère de besoins qui peuvent être factices, tout cela entretenu, surchauffé, par des intérêts particuliers, attentifs à cuisiner artificieusement l'opinion. Nous voilà un peu loin de l'envie à l'état pur.

Le chapitre de conclusion touche les conséquences sociales de l'envie.

On y montre les désastres qu'un caractère d'envieux peut causer autour de lui. Les exhalaisons de cette plaie créent autour du malade une atmosphère désolée et pestilentielle. Là s'émousse l'énergie, là se renoncent toutes facultés de rénovation ou de création, là se fondent en une grisaille étouffante toutes les couleurs du monde.

En revanche, la malignité de ceux qui vous jalousent peut exciter l'émulation. Qui se sait surveillé sera enclin à toujours bien faire. L'excellent traité de Plutarque, *De l'utilité des ennemis*, est une lecture à conseiller. «Ceux à qui font défaut les avis de la bienveillance, doivent écouter patiemment les discours d'un ennemi qui leur en veut, lorsqu'il gourmande et corrige leurs défauts. »

Enfin, si détaché que l'on soit, si persuadé que, dans les situations les plus brillantes, les apparences diffèrent beaucoup de la réalité, l'envie guette tous les humains, *quærens quem devoret*, tel ce diable de la concupiscence que l'on conjure aux prières de Complies. C'est une infirmité de notre nature que beaucoup ont aperçue, qu'un bien nous paraît désirable dès le moment où nous en voyons jouir un autre. Spinoza le dit, dans la forme austère et dépouillée de sa méditation, *rem qua alium potiri imaginantur magis amant.*

Compte tenu des remèdes du corps qui améliorent le statut de l'âme, et nous y avons fait allusion dès le début de notre étude, il n'y a pas une telle variété d'arguments qui puissent guérir de l'envie. C'est pourquoi le conseil de saint Basile, dans son homélie sur ce vice, est toujours valable : « N'estimons grande ou merveilleuse aucune des choses humaines, non pas la richesse, celle des hommes ;

non pas la gloire, qui se flétrit; non pas la santé. Car le bien ne peut résider dans ce qui passe » (1).

EDMOND LACOSTE.

(1) Trois petits lapsus : P. 15, le vers de Molière est : *La femme est en effet le potage de l'homme.* — P. 249 Dix-huit années nous séparent de l'époque où la signature des traités a mis fin à la tuerie mondiale. — P. 250. Une menace de périls imminents. — Une lacune : les comédiens. Certes, tous les comédiens n'appartiennent pas à cette corporation qui se tient derrière un rideau qu'on lève autour de neuf heures du soir. Et d'autre part, les excellents artistes dont c'est là le métier ne sont pas faits autrement que ceux qui viennent les regarder. Mais enfin, puiqu'on était entré, ainsi qu'il convenait, dans le système des silhouettes caractéristiques et des anecdotes expressives, on pouvait faire leur place aux gens de théâtre.

MÉDECINS PIONNIERS

Un des plus extraordinaires exemples de ce que peut l'énergie humaine, et — on peut bien le dire sans tomber dans l'excès gobinien — de l'énergie, de l'*efficiency* de notre race blanche, est sans doute la conquête de l'Ouest américain, qui se poursuivit au cours de la dernière moitié du XIXe siècle, et surtout dans les années 50 et 60.

Ces hommes qui quittaient leur village européen, ou les faubourgs de leur ville natale, et partaient librement à l'aventure, n'étaient poussés par aucune mystique, aucun sentiment gratuit. Rien d'analogue aux croisés, ou même aux hordes musulmanes, pour qui la mort était la porte du paradis. Les pionniers ne pensaient qu'à l'or. Les rudes travaux qu'ils devaient rencontrer avant d'atteindre la fortune satisfaisaient certainement un goût ethnique pour la liberté et l'action; ils ne partaient cependant pas pour le sport ou l'honneur, mais pour le profit.

Ce qui les élève, toutefois, au dessus d'une banale cupidité, ce furent leurs hautes qualités de race : persévérance, solidité morale, sens de l'outil et de la machine, et surtout confiance, poussée jusqu'à l'abnégation, dans leur idéal social.

Les croisés avaient un but collectif, et pourtant se dissipèrent dans des aboutissements individuels, reproduisant en Asie mineure les formes sociales qu'ils avaient laissées en Europe. Les pionniers, au contraire, partis avec des intentions particulières, fondèrent des groupements modelés sur la même conception politique, inscrits dans les mêmes cadres sociaux; ils s'installèrent sans difficulté dans la maison bâtie à l'avance sur le plan du *Bill of rights* et de la Constitution.

Il n'est pas sans intérêt de souligner le rôle des médecins dans cet exode et dans ces réalisations.

***

On sait quelle est l'importance du corps médical dans toute colonisation. Mais on ne peut comparer la pénétration du Maroc, ou de l'Indochine, avec celle de l'Amérique du Nord, pays vide d'habitants, riche de virtualités, où la terre ubéreuse était au premier occupant; et ce n'est pas en apportant aux indigènes absents les bienfaits d'une organisation hygiénique que nos confrères ont pris part à la fondation de ce nouveau monde. Plus simplement, sur les pistes des voitures couvertes, ou dans les bourgs qui naissaient, déjà grands, au milieu des déserts indiens, ils ont fait de la médecine. Dès qu'une agglomération se constituait, et recevait un nom pris parfois parmi les inscriptions d'une caisse à savon, on voyait sortir de terre l'église, le bar et l'école ; puis arrivait le médecin.

Ce n'était pas un ignorant. Il avait souvent appris son métier dans les campagnes du Mexique, ou pendant la Guerre de Sécession ; où bien il venait d'une université de l'Est, ou d'Europe, et dans la cité nouvelle, capable de se faire à l'occasion géologue ou botaniste, il représentait vraiment la culture scientifique.

Il faisait cependant plus de chirurgie que de médecine. Les accidents, les balles de revolver ou les flèches des Indiens l'occupaient plus que les épidémies, — sauf toutefois sur la côte de Californie et à San Francisco, souvent visités à cette époque par le choléra. On n'avait pas encore découvert d'ailleurs la tularémie ou la *spotted fever*, ni le métabolisme basal.

La vie du praticien était souvent rude. Comme moyen de transport dans les immenses territoires qu'il desservait, sur les pistes accidentées des montagnes Rocheuses, le cheval; médecin, chirurgien, accoucheur, droguiste, vétérinaire, il portait dans ses trousses ses couteaux et sa scie, avec les fioles et les pilules qu'il distribuait à ses clients ; car les pharmacies sont le produit d'une civilisation avancée.

Il y a dans O. Henry plusieurs portraits de médecins du Wild West. Voici le Dr Millikin, décrit par un de ses clients :

> Ayant eu la fièvre assez fort pour tuer un nègre de Port-au-Prince, je fus sauvé par le Dr Millikin. Voilà un docteur pour soigner un malade ! S'il s'occupait de vous, subitement la peur de mourir se changeait en une invitation à une promenade à âne. Il avait à votre chevet les manières d'un sorcier Sioux et les gestes édulcorants d'un camion chargé de traverses en fer... Il était bâti comme un cachalot, avec des sourcils noirs et des favoris blancs qui débordaient de ses joues comme le lait qui se sauve de son pot. Derrière lui était un nègre qui portait une vieille boîte de tomates pleine de calomel, et une scie.

Il y a aussi, dans *Arrowsmith*, de Sinclair Lewis, qui est l'histoire d'un médecin, de pittoresques

VARIÉTÉS *(Suite)*

détails sur la vie quotidienne d'un praticien de petite ville dans ces temps reculés. Voici comment la résume, d'autre part, le Dr G. Gill Richards, de Salt Lake City, vieille ville mormonne. (1).

Sachant, par expérience, soigner les âmes comme les corps des membres dispersés de sa communauté, aux prises chaque jour avec des difficultés nouvelles, il possédait au plus haut degré l'esprit de ressources et le sens du bon conseil. Ses manières étaient à la fois graves et cordiales. Ses regards fins ou scrutateurs savaient s'éclairer de douceur et de malice, ou parfois se mouiller d'une larme devant les drames quotidiens de la vie. Ses gestes étaient souvent brusques, mais ses mains étaient toujours douces, son costume rude et simple, mais net et toujours propre. Il portait une montre en or, dans un boîtier, au bout d'une chaîne qui était presque l'emblème de sa profession, et avec laquelle jouaient les enfants qu'il asseyait sur ses genoux ravis d'entendre le tic tac de la montre et de contempler les reflets de la chaîne, ou la course rapide de la petite aiguille.

(1) *The Journal of the American medical Association*, 11 juin 1932.

Mais c'était aux heures ou de vie ou de mort que le médecin devenait à lui seul un général et une armée. Il ôtait sa veste, retroussait ses manches et se mettait au travail, sans aucune nurse pour exécuter ses ordres; et sa journée n'était finie que quand son malade ne souffrait plus, car son esprit de charité était aussi vaste que le territoire où il exerçait son ministère. Il aimait les enfants et le petit cheval fidèle qui le menait sur les routes de la pitié. Dans des conditions qui n'étaient jamais ni aisées ni glorieuses, cet homme pratiquait son idéal, sans jamais perdre la foi qu'il avait mise en lui-même et dans son peuple. Un héros domestique, rien de moins.

On sent dans ce portrait ému le souvenir du père et du grand-père du Dr G. Gill Richards, tous deux médecins dans la ville où son fils continue leur pratique; mais qui ne reconnaîtra, dans ces lignes, trait pour trait, nos médecins de campagne d'il y a soixante ou quatre-vingts ans, comme ceux-ci vivant de leur idéal et de leur simple devoir ?

PH. DALLY.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES MÉDECINS ET LE LIBRE CHOIX DES MALADES

(Suite)

Le tribunal, puis la Cour, rejetèrent la demande de Mme Montastier.

En effet, les ouvriers de l'industriel n'ont pas figuré au contrat et, par conséquent, aux termes de l'article 1165 du Code civil, les conventions ne devant produire d'effets qu'entre ceux qui y ont été parties, ils ne peuvent s'en prévaloir.

Tel est le raisonnement de la Cour de Pau.

L'arrêt dit que quand un entrepreneur a traité avec un médecin pour les soins à donner au personnel qu'il emploie, ce contrat n'établissant aucun lien de droit entre les ouvriers et le médecin, la veuve de l'ouvrier décédé à la suite d'un accident du travail sans que le médecin lui ait donné ses soins ne peut se prévaloir de ce traité pour intenter directement contre le médecin une action en dommages-intérêts à raison de la prétendue inexécution de ses obligations. Seul l'entrepreneur actionné en responsabilité pourrait recourir contre le médecin.

Cette thèse de la Cour de Pau ne semble pas devoir être admise d'une façon absolue, et il apparaît que la généralité des termes de l'arrêt est peut-être excessive. Il faudrait en effet distinguer selon le cas où le traité intervenu entre le chef d'industrie et le médecin est passé pour le compte de ses ouvriers, et les cas où cette convention n'est passée par le chef d'industrie que dans son intérêt personnel et exclusif. Dans ce second cas, l'arrêt de la Cour de Pau doit s'appliquer évidemment, et l'ouvrier n'a aucun recours direct contre le médecin si le chef d'entreprise ne s'est attaché un praticien que pour alléger ses propres risques et se couvrir personnellement. Mais on peut fort bien imaginer que le chef d'industrie, en passant sa convention, a agi tant en son nom personnel que pour ses ouvriers et qu'il l'a stipulé au profit de ceux-ci. Dans ce cas, les ouvriers auraient certainement une action directe contre le médecin, puisque leur patron n'aurait contracté avec ce médecin que comme un mandataire tacite, ou, si l'on veut, en vertu d'un contrat de gestion d'affaires.

Pour reconnaître l'intention des parties au moment de la convention et savoir exactement si le patron a agi dans son seul intérêt personnel ou dans l'intérêt et pour le compte de ses ouvriers, des éléments de fait peuvent entraîner la décision du tribunal.

Il peut se faire par exemple que les règlements

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

d'atelier, les contrats collectifs, les usages professionnels obligent le patron à tenir à la disposition des ouvriers un médecin. Il peut se faire également que, dans les conventions passées entre le patron et le médecin, une partie des honoraires médicaux soit payée par les ouvriers. Dans ces deux cas, il n'est pas douteux que l'ouvrier aurait une action contre le médecin.

On peut assimiler cette situation à celle des polices d'assurances collectives qui sont contractées par le patron au profit des ouvriers et pour l'exécution desquelles une jurisprudence constante décide que, même si l'ouvrier ne participe pas au paiement des primes, l'assurance constitue au regard des ouvriers un contrat direct, le patron ayant agi auprès de l'assureur en vertu d'un contrat de gestion d'affaires.

Par conséquent, il ne faut pas tenir pour absolue la thèse de la Cour de Pau sur ce premier point de l'existence d'une action directe de l'ouvrier contre le médecin.

Mais la Cour de Pau a également examiné la question de savoir si le médecin avait commis une faute en dehors de tout contrat, en n'acceptant pas de se rendre immédiatement au chevet du blessé.

Sur ce second point, la Cour de Pau a jugé que si le médecin qui refuse d'obtempérer aux réquisitions régulières de l'autorité peut être atteint par la loi pénale, aucun texte de loi n'est en principe applicable à l'homme de l'art qui ne répond pas à l'appel d'un simple particulier.

La Cour ne fait qu'une réserve, ce serait au cas où le médecin, après avoir promis de se rendre auprès du malade, aurait manqué à sa promesse.

Mais, pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faudrait établir que c'est volontairement que le médecin ne s'est pas rendu auprès du malade, que ses soins auraient certainement sauvé la vie du malade, et que s'il n'avait pas promis de venir on aurait pu s'adresser à un autre médecin.

Dans l'espèce de la Cour de Pau, la Cour a déclaré que le médecin n'avait pas commis de faute parce que, d'une part, il avait pour se rendre au lieu où se trouvait le blessé à effectuer un trajet long et difficile, et parce que, d'autre part, il n'était pas établi qu'il ait été nettement averti de la gravité de la blessure et du danger qu'elle faisait courir à l'ouvrier. Enfin, il n'était pas établi qu'une intervention médicale aurait sauvé le blessé.

Cet arrêt vient donc ajouter à la question délicate du libre choix des médecins et à la non-res-

(Voir la suite page IX.)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

ponsabilité en cas de refus de soins, un nouveau facteur.

En principe, le médecin reste libre, sauf en cas de réquisition régulière de l'autorité judiciaire, d'accorder ou de refuser ses soins aux simples particuliers. Ainsi que nous l'avons vu, la jurisprudence établit que l'indépendance du médecin est absolue dans le choix de la clientèle. Mais si ce refus constitue une négligence ou une imprudence, si en raison des circonstances il peut être considéré comme une faute, dans ce cas la responsabilité du médecin risque fort d'être engagée. Le fait peut se produire quand, après avoir accepté de soigner un malade, le médecin oublie de se rendre au chevet de son client et quand le demandeur peut prouver à la fois une négligence personnelle et une relation de cause à effet directe et certaine entre le dommage subi et la faute commise.

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1932.

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. Doumer (de Lille), correspondant national.

M. RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. Henrijean, et M. Siredey fait l'éloge de M. Stoïcesco, récemment décédés.

La déclaration des maladies contagieuses. — MM. DANIEL et LOIR (du Havre) constatent que la déclaration des maladies contagieuses n'est pas faite, d'une manière générale, aussi rigoureusement qu'elle devrait l'être. Aussi demandent-ils à l'Académie de prendre en considération le vœu suivant :

« Qu'il soit rappelé aux médecins que la loi les oblige à faire la déclaration des maladies contagieuses. Cette déclaration est indispensable pour permettre aux services d'hygiène d'avoir des données pour établir les statistiques et procéder aux enquêtes épidémiologiques, base de toute prophylaxie.

Pouvoir bactéricide des urines des tuberculeux pour le bacille de Koch. Influence des sels d'or. — MM. P. COURMONT, H. GARDÈRE et P. PICHAT. — Ce travail est la suite de longues recherches antérieures sur le pouvoir bactéricide dans les humeurs de l'organisme sur le bacille de Koch.

Ce pouvoir bactéricide a une grande importance théorique et aussi pratique, diagnostique et pronostique.

Les auteurs ont cherché si les urines des tuberculeux possèdent la même propriété.

Le pouvoir bactéricide des urines sur les cultures homogènes du bacille de Koch est assez fréquent chez les tuberculeux, et ordinairement plus faible que celui du sérum. Il n'existe pas chez les sujets sains ou chez ceux atteint. de maladies infectieuses aiguës sans tuberculose.

Les variations du *p*H et des constituants normaux de l'urine n'ont pas montré de rapport avec le pouvoir bactéricide. Ce dernier paraît dans les urines provenir de celui du sérum.

Chez les malades traités par les sels d'or, le pouvoir bactéricide des urines et du sérum s'élève considérablement et apparaît dans les cas où il était absent. Chez les sujets sains, le pouvoir bactéricide normal du sérum augmente et apparaît dans les urines. L'analyse chimique démontre alors la présence de l'or dans les urines, mais le pouvoir bactéricide de celles-ci peut persister après la cessation d'élimination de l'or.

Les auteurs ont montré, d'autre part, que les sels d'or (sanocrysine ou allocrysine) sont bactéricides *in vitro*, à partir d'un certain taux d'or dans les cultures. Mais, fait paradoxal, les sels d'or ne sont plus bactéricides à partir d'un certain degré élevé de concentration et les bacilles poussent avec précipitation des sels d'or.

Tous ces faits semblent indiquer que le pouvoir bactéricide des urines et du sérum joue un grand rôle dans la défense de l'organisme des tuberculeux, et que, d'autre part, les sels d'or, passant dans la circulation et les urines, augmentent pour leur part ce pouvoir bactéricide.

En comité secret, l'Académie a étudié son rattachement au ministère de la Santé publique.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE

Marseille, 20-25 septembre 1932.

La séance de l'après-midi fut uniquement consacrée à la leishmaniose.

La leishmaniose en Sardaigne (M. FRANCO). — Trente et un cas ont été observés, vingt-quatre localisations viscérales, sept formes cutanées.

Les leishmanioses viscérales furent contractées dans des régions situées au niveau de la mer ou dans des régions ne dépassant pas 650 mètres.

Leishmanioses dans les colonies italiennes du nord de l'Afrique (M. FRANCHINI). — Les cas décrits sont rares ; toutefois, depuis qu'on multiplie les recherches on s'aperçoit que les cas sont plus fréquents qu'on ne le pensait.

La leishmaniose viscérale infantile en Tripolitaine (M. MAZZOLANI). — L'auteur rapporte 11 cas, presque tous chez des enfants en bas âge (neuf à quatorze mois). Les enquêtes n'ont pas relevé de contagion par l'homme, ni un rapport entre chien et enfant malade. Il semble qu'il faille incriminer la punaise ou tout autre agent vecteur de petit rayon d'action.

La kala-azar dans la région marseillaise (P. GIRAUD). — La maladie, qui paraît avoir débuté en 1902, subit depuis 1930 une recrudescence très notable. Elle sévit dans la zone maritime et en banlieue, plus particu-

lièrement chez les personnes ayant un jardin. Il existe parallèlement une recrudescence de leishmaniose canine. Des mesures prophylactiques s'imposent concernant les chiens errants et les insectes piqueurs.

A propos de 23 cas de kala-azar observés à la clinique médicale infantile de la Faculté de Marseille de 1926 à 1932. — MM. CASSOUTE, POINSO et ZUCCOLI ont observé 23 cas de kala-azar. Ces cas se répartissent ainsi : vingt formes classiques, deux formes hépatiques avec splénomégalie discrète, une forme hypersplénomégalique. Le traitement par le néo-stibosane et le stybial associés à l'actinothérapie et aux médications anti-anémiques a donné le plus souvent d'excellents résultats.

La leishmaniose en Grèce (M. J. CAMINOPÉTROS). — L'auteur étudie successivement la fréquence du kala-azar humain, la sensibilité de quelques races de chien au virus humain et canin, le spermophile de Macédoine, animal réactif du virus du kala-azar, les espèces de phlébotomes signalées en Grèce et les expériences de transmission avec des phlébotomes et le tique du chien.

Nouvelle contribution à l'étude du kala-azar (M. CH. ANDERSON). — Des observations cliniques ayant paru montrer une certaine relation entre l'ingestion de lait cru de chèvre et des cas de splénomégalie à leishmonia, l'auteur a recherché si le lait de chèvre pouvait constituer un milieu favorable pour *L. infantum.* Toutes les cultures ont été positives et ont présenté une survie durant parfois jusqu'à quatre mois.

D'autres communications ont été faites par M. NATTAN-LARRIER sur la prophylaxie du kala-azar dans le sud-est de la France, par M. HUSAMETTIN sur le bouton d'Alep; par M. HOULOUSSI-BEHDJET sur le bouton d'Orient, par M. D'ŒLNITZ sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie du kala-azar autochtone de l'adulte.

La séance du jeudi commença par la lecture du rapport de M. Blanc sur la dengue.

La dengue (rapporteur : M. BLANC). — Après avoir décrit la symptomatologie, les altérations sanguines, l'anatomie pathologique, l'épidémiologie, le rapporteur étudie l'étiologie, la nature du virus, ainsi que la dengue expérimentale chez l'homme et son pouvoir pathogène pour l'animal. La prophylaxie se résume en deux mots : lutte contre les stégomyia, vaccination préventive.

Les accords internationaux conclus et projetés concernant les mesures à prendre en cas d'épidémie de dengue (M. CH. BROQUET). — Communication très importante, dans laquelle l'auteur, avec sa compétence habituelle, résume et commente le texte du projet établi en 1929 par le comité permanent de l'Office international d'hygiène publique et montre les heureuses conséquences de ce projet initial.

Les résultats obtenus prouvent une fois de plus ce que peut accomplir dans le domaine de la défense sanitaire internationale, la coordination éclairée des efforts de tous les pays unis dans l'interêt commun.

Parmi les communications sur la bilharziose, il convient de citer celles de M. BEY KHALIL sur les bilharzioses dans le bassin méditerranéen ; celle de MM. BEY KHALIL et ZAKI SHAFEI sur la campagne contre cette maladie en Égypte et sur les excellents résultats obtenus par la destruction de l'hôte intermédiaire, la protection de l'homme et le traitement. Signalons aussi la communication de M. KHOURI sur l'étude de la toxémie hépatorénale dans la bilhargiose chronique.

Prophylaxie de la variole et éducation populaire (M. J. REYNAL, Tunis). — La plupart des maladies se développent surtout par l'ignorance, la négligence et les préjugés. Cela est profondément vrai et existe dans tous les pays. C'est pourquoi M. Reynal a tiré un film documentaire : « La variole et l'armement antivariolique en Tunisie », texte français et arabe, que l'on projette dans les salles de spectacles de Tunis à certaines époques. Cette méthode, qui donne des résultats excellents, devrait être étendue à d'autres maladies.

Des formes filtrantes des bacilles typhique et parathyphiques jouent-elles un rôle dans l'étiologie de la fièvre thyphoïde et des fièvres paratyphoïdes ? (M. P. HAUDUROY). — L'auteur rappelle ses travaux sur les formes filtrantes des bactéries ; il indique la technique permettant d'obtenir ces formes à volonté, et leur évolution. Les formes filtrantes du bacille typhique et paratyphique jouent un rôle, fort probablement, dans l'étiologie de ces maladies; on trouve ces formes dans le sang des typhiques au début de l'infection; on les trouve dans les selles, pendant et à la fin. On peut les mettre en évidence dans les eaux donnant naissance à des épidémies. Les fièvres typhoïdes seraient donc causées non par le bacille d'Eberth sous sa forme bacille, mais par une autre forme : la forme invisible.

D'autres communications furent faites par M. BESREDKA sur l'immunisation locale contre la typhoïde ; par M. BULAU, sur l'épidemiologie de la fièvre typhoïde dans les grandes villes ; par M. OSMAN CLEREFFEDIN, sur l'épidémiologie de la variole ; par M. E. CASSOUTE, sur l'utilité de la vaccination préocce au T.A.B. associée à l'anatoxine de Ramon chez les enfants de certaines régions méditerranéennes, et par M. J. LIVON sur la rage dans les Bouches-du-Rhône, le Sud-Est et la Corse.

La séance de l'après-midi, présidée par M. le professeur RHODAIN, de Bruxelles, fut consacrée aux dysenteries, au choléra et au paludisme.

Epidémiologie de la dysenterie bcialaire dans ses relations avec la rougeole (J. DEWICH). — La rougeole prédisposant à la dysenterie à bacille de Shiga peut être considérée comme un réactif très sensible pour déclencher les infections dysentériques étendues jusqu'alors latentes. Dans la dysenterie à bacille de Shiga en relation avec la rougeole, la vaccination antidysentérique, après le maladie, donne des résultats négatifs.

Deux épidémies (M. O. CHEREFFEDIN). — Après la guerre, il y a eu en Turquie deux grandes épidémies : épidémie de malaria en 1923-1924 ; épidémie de dysenterie amibienne en 1920-1921. L'éclosion du paludisme peut être attribuée à l'introduction d'un nouveau virus étranger au pays. L'épidémie de dysenterie amibienne a été provoquée par l'arrivée des prisonniers de guerre venant d'Egypte et de Birmanie.

Peut-on considérer comme un facteur important de régression du paludisme une moins grande aptitude du parasite à former des gamètes ? — M. J. SAUTET a eu l'occasion dans trois régions où le paludisme est

en régression, de constater que le nombre des porteurs de gamètes par rapport au nombre de parasites est infime. Il se demande si la régression du paludisme n'est pas liée à une moins grande aptitude du parasite à donner des gamètes.

La cirrhose atrophique palustre existe-t-elle ? MM. J. TRABAUD SAMI EL SATI, CLAVKAT CLATY). — La cirrhose atrophique palustre, commune en Syrie, est aujourd'hui encore mise en doute par certains auteurs, et cependant elle existe. Cliniquement on la distingue de la cirrhose alcoolique par l'absence d'antécédents, et de manifestations éthyliques, par la présence des signes du paludisme et une splénomégalie notoire. A l'examen microscopique, la cirrhose atrophique palustre ressemble à la cirrhose de Laennec, mais les pseudo-néo-canalicules biliaires y sont moins nombreux et les hytiocytes plus abondants.

Il convient de signaler en outre, une communication de M. MATTEI sur la toxicité du chlorhydrate d'émétine chez l'homme ; de M. AUGIER, sur les caractères anatomiques des polypes intestinaux d'origine parasitaire ; de M. F. D'HERELLE, sur la prophylaxie collective du choléra par le bactériophage.

Sur la filtrabilité des parasites de la malaria à travers les bougies Berkefeld (MM. G. ASCIONE et E. MARIOTTI). — Dix experiences ont été faites, cinq avec du liquide céphalo-rachidien, cinq avec du sang d'impaludés provenant de l'hôpital provincial de psychiatrie de Naples. L'inoculation des filtrats dans les veines ou dans le canal rachidien ont reproduit d'une façon constante l'infection palustre après une période d'incubation de dix à douze jours.

Paludisme et eaux minérales. — M. UZAN étudie l'action éventuelle de l'eau minérale sur le paludisme : action hémoclasique générale, action plus spécifique sur le sérum paludéen, action dissolvante de la mélanine par les alcalins, action directe sur l'hématozoaire par l'arsenic. Il applique ces données au cas de Vals-les-Bains qui, selon lui, est la station type de cure du paludéen.

Station expérimentale de Porto-Vecchio. Résultats des cinq années de lutte antipaludique (M. COULON). — Les résultats obtenus par la station expérimentale de Porto-Vecchio confirment la grande supériorité dans la lutte antipaludique de l'action combinée de la lutte antilarvaire et de la stérilisation des réservoirs de virus. Les chiffres que cite M. Coulon sont tout à fait probants.

La matinée du vendredi fut consacrée à la lutte contre les rongeurs et les insectes; et à la peste, à la lèpre et au trachome. La séance fut ouverte sous la présidence du professeur CASTIGLIONI qui donna la parole à M. le professeur LUTRARIO pour la lecture de son rapport sur les procédés modernes de dératisation des navires.

Des procédés modernes de dératisation des navires (M. LUTRARIO). — Pour qu'un procédé soit réellement efficace il faut qu'il soit accompagné d'une lutte sans trêve dans les ports et leurs abords. Le procédé de choix est le *rat-proofing*; au deuxième plan viennent les fumigations. N'importe quel agent — employé avec soin — peut donner des résultats satisfaisants. Au troisième plan, se placent les procédés à action circonscrite (poisons, virus, pièges) qui ont leur utilité. Enfin, il faut la collaboration constante de l'équipage. L'auteur préconise de créer à bord de véritables équipes de dératiseurs, qui rendraient les plus signalés services.

Discussion. — M. CH. HEDERER. — L'activité des poisons et par conséquent celle des fumigeants reste soumise à des lois dont la méconnaissance explique certains déboires.

La loi des concentrations nous apprend que chaque poison réclame, pour produire son effet, une concentration minimum qui varie avec l'espèce animale considérée.

La loi des temps nous enseigne que chaque poison demande un délai avant de manifester son plein pouvoir toxique.

La loi d'électivité nous montre que chaque poison commande généralement un type particulier d'intoxication.

A la lueur de ces lois, on pourrait classer les « fumigeants » d'après leur mode d'action en deux groupes : le groupe à effet réversible du type acide cyanhydrique, oxyde de carbone; le groupe à effet non réversible du type phosgène, chloropicrine, acide sulfureux, etc.

L'auteur préfère, pour des raisons de sécurité, de commodité et d'efficacité, le gaz Clayton, Clayton Notyale surtout.

Faut-il tuer les puces en dératisant un navire ? — MM. SWELLENGREBEL et VEDDER pensent qu'il faut distinguer la dératisation de la dévermination. La dératisation permet l'usage d'un fumigeant moins dangereux que l'acide cyanhydrique. La dévermination, au contraire exige la cyanisation. Les auteurs demandent donc que la dératisation ne soit accompagnée de dévermination qu'en cas de menace d'invasion pesteuse.

La peste en Algérie (MM. PICARD et DRÉNOT). — De 1899 à 1923 il y a eu 400 cas de peste dont 399 de peste bubonique. En 1931, 86 cas dont 80 dans le département de Constantine. Des mesures énergiques ont permis de juguler l'épidemie en vingt jours. Il y a lieu d'intensifier la destruction des rats et de contrôler l'emmagasinage et l'embarquement des grains.

Considérations sur la vaccination antipesteuse (M. DUJARDIN-BEAUMETZ). — Quand on consulte les statistiques relatives à la vaccination antipesteuse chez l'homme, il est bien difficile de tirer des conclusions sur son efficacité. Certains faits cependant sont probants. Les cultures atténuées, qu'il s'agisse du bacille de Yersin ou du bacille de Malassez et Vignal, donnent une immunité certaine aux animaux de laboratoire les plus réceptifs à la peste. Il y a donc lieu de penser que la vaccination humaine est réalisable au moyen de virus-vaccin pesteux ou pseudo-tuberculeux.

Le trachome en Turquie (MM. HUSAMETIN et KIACHIF-OMER). — Le trachome existe depuis longtemps en Turquie. Les régions de l'Est et du Sud sont les plus atteintes. Depuis 1925 une lutte intensive a été entreprise contre cette maladie. On a créé des missions dirigées par des spécialistes, et installé des dispensaires. En outre, des groupes sanitaires mobiles parcourent les régions contaminées.

Le trachome aux Alaouites (M. RAGANEAU). — L'examen de 15 000 sujets dans le gouvernement de Lattaquié permet de conclure que l'index du trachome est,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

dans ce territoire, de 44 p. 100. Cet index fléchit avec la nouvelle génération. Les plus atteints sont les habitants de la montagne et de la campagne. Un service spécial a été organisé à l'hôpital de Lattaquié ; en outre, dans les écoles et dans l'armée, des mesures prophylactiques ont été prises.

La lèpre en Algérie (M. SASOPRTAS). — On peut dire que l'Algérie n'est pas un pays à lèpre. Les quelques cas concernent surtout les immigrants espagnols. Les indigènes offrent une certaine résistance à la contagion. Les mesures préconisées sont : la surveillance stricte aux ports, l'envoi dans un sanatorium des cas avancés, le traitement intensif des cas récents.

Le chaulmoogra dans le traitement de la lèpre. — Pour M. BLOCH, si les préparations à base d'huile de chaulmoogra ne donnent pas tout ce qu'on pourrait espérer, elles donnent cependant des améliorations très notables, surtout lorsqu'on s'adresse à des produits d'origine certaine ; après avoir rappelé les travaux d'André, de Jouatte, Jumelle et Perrot, l'auteur estime qu'il y a lieu d'étudier quelles sont les huiles de chaulmoogra réellement actives et de standardiser dans toute la mesure possible les préparations.

Il convient enfin de signaler tout particulièrement la belle communication de M. le médecin général COUVY sur le bactériophage pesteux et son utilisation thérapeutique, ainsi que la communication de M. LEGROUX sur une méthode nouvelle de vaccination contre la peste.

La séance de l'après-midi fut consacrée à la tuberculose et aux maladies vénériennes.

Brucelloses et tuberculose. — M. J. JULLIEN reprend la question qui fut traitée aux Journées médicales de Tunis en 1926 par MM. Hayat et Léo V. Schneider. Il étudie les fausses tuberculoses à brucellose et les cas où il y a association des deux maladies. Il estime que si on cherchait en quoi consistent les modifications du terrain, on comprendrait mieux comment s'installent les tuberculoses et pourquoi elles évoluent de façons différentes.

Le traitement de la tuberculose aux colonies par l'antigène méthylique. — Après avoir indiqué la technique du traitement, MM. L. NÈGRE et A. BOQUET montrent les excellents résultats que l'on peut obtenir par l'antigène méthylique. Il agit surtout dans les tuberculoses ganglionnaires, osseuses, péritonéales et génitales. Ce produit, qui supporte fort bien le transport dans les pays chauds, est appelé à rendre les plus grands services aux colonies.

Signalons également les très intéressantes communications du professeur PINOY, d'Alger, sur la pseudo-tuberculose chez l'homme, et de M. BLANCHARD sur la prophylaxie de la tuberculose à Dakar.

Maladies vénériennes et prostitution. — Avec Mrs. C. NEVILLE ROFLE revient l'éternelle discussion de la réglementation ou de l'absence de réglementation de la prostitution. L'auteur indique ce qui a été fait dans certains territoires britanniques de la Méditerranée et se déclare partisan de l'abolition de la réglementation de la prostitution.

Discussion. — M. JUDE montre que les résultats obtenus signalés par Mrs. C. Neville Rofle ne sont pas tout à fait exacts, en ce qui concerne tout au moins l'Egypte, et donne des précisions sur ce qui se fait en Syrie.

La lutte antivénérienne à Marseille (MM. GAUJOUX et P. VIGNE). — Depuis 1919, sous l'impulsion des Pouvoirs publics, des dispensaires ont été créés, les œuvres privées ont été subventionnées. L'état sanitaire s'améliore, le nombre des cas de maladies vénériennes, et plus particulièrement de syphilis, sont en très notable régression.

Lymphogranulomatose inguinale (MM. F. GARRIGA, CALLOL et PIERRE FLO). — Cette affection n'est pas aussi rare qu'on semble le croire; le diagnostic est facile si l'on y pense. Le traitement chirurgical est celui qui donne les meilleurs résultats.

La séance du samedi matin fut réservée aux fièvres exanthématiques méditerranéennes. Le professeur CH. NICOLLE, qui présidait, ouvrit la séance par une allocution émouvante qui souleva l'enthousiasme général. Il donna ensuite la parole à M. OLMER pour la lecture de leur rapport.

La fièvre exanthématique méditerranéenne (MM. D. et J. OLMER, *rappoerurs*). — La fièvre exanthématique se différencie très nettement du typhus exanthématique par son apparition pendant l'été dans tous les milieux, riches et pauvres, chez des sujets non parasités par des poux, par une contagiosité presque nulle, par sa transmission habituelle par *Rhipicephaluz sanguineus*, par l'absence de typhus, et par sa bénignité. Enfin, cette maladie, qui est inoculable au singe, n'est pas transmissible au cobaye. Pour les auteurs, le typhus murin entre dans le cadre de la maladie de Brill et est distinct de la fièvre exanthématique méditerranéenne. Bien des questions resteront à l'étude tant qu'on n'aura pas mis en évidence, le virus pathogène. Les expériences de Blanc et de Caminopetros ont montré qu'il s'agit d'un virus filtrable, mais là s'arrêtent actuellement nos connaissances. Ces études sur la fièvre exanthématique méditerranéenne ont une portée générale, car elles illustrent la vue prophétique de Ch. Nicolle : « Il y aura des maladies nouvelles ».

Les fièvres exanthémiques des pays méditerranéens (CH. NICOLLE). — Le terme de fièvre exanthématique désigne la famille naturelle de maladies dont le typhus historique est le type. On peut rencontrer en Méditerranée trois fièvres exanthématiques : le typhus historique, le typhus bénin ou mieux murin, et la fièvre boutonneuse.

Les méthodes de laboratoire montrent la spécificité des trois virus. Il n'y pas immunité croisée entre le typhus et la boutonneuse, la réaction de Weil-Félix est faible dans cette dernière maladie.

Fièvre exanthématique à Rome (M. G. PECORI). — En été, on observe à Rome et surtout à la périphérie et en banlieue, des cas de fièvre exanthématique. Le *Rhipicephalus sanguineus* semble être l'agent transmetteur, car on le retrouve chez les chiens de l'entourage des malades. La tache noire est très souvent une manifestation initiale ; enfin la réaction de Weil-Félix pendant la convalescence est presque toujours positive.

La fièvre exanthématique méditerranéenne à Naples. — M. G. CASTRONUOVO a constaté le peu de fréquence et le peu de contagion, une prédilection pour les

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

adultes, enfin son identité avec la fièvre boutonneuse tunisienne.

Notes cliniques et épidémiologiques sur la fièvre exanthématique méditerranéenne (L. CANAVO). — L'auteur a reconnu cette maladie en Sardaigne, où elle est endémique. Elle y affecte la forme thyphoïde avec troubles nerveux. Le séro-diagnostic de Weil-Félix se montre négatif ou tout au moins tardivement positif.

Note sur la fièvre boutonneuse au Maroc (M. GAUD). — Depuis août 1929, 54 cas ont été signalés au Maroc. Les caractères cliniques sont superposables à ceux de la fièvre boutonneuse de Tunisie et de la fièvre exanthématique de Marseille, montrant l'unicité de ces affections.

Le typhus endémique bénin à Toulon. — MM. PLAZY, GERMAIN et MARÇON relient les cas de typhus bénin de la région au typhus observé sur les navires de guerre ayant séjourné en Orient de 1922 à 1924. C'est une affection de la saison chaude. La réaction de Weil-Félix y est constamment positive. Certaines particularités cliniques (topographie de l'exanthème) et certains résultats expérimentaux (périorchite du cobaye) les rapprochent du typhus mexicain.

Recherches expérimentales sur la fièvre boutonneuse. Epreuve d'immunité croisée avec la fièvre des Montagnes rocheuses (M. R. BRUMPT). — Avec des tiques récoltées à Marseille en avril 1930, des infections typiques sont obtenues à Paris en octobre, et en décembre. Des descendants de ces tiques confèrent la maladie après dix-sept mois. Le virus ne semble pas s'exalter par passage sur tiques à l'étuve. L'inoculation du virus de la fièvre boutonneuse dans la chambre antérieure de l'œil du lapin n'a pas donné de résultats avec le sang du malade. Mais une réaction a été obtenue en inoculant des rhipicéphales broyés.

Les animaux réservoirs de virus de la fièvre boutonneuse (CH. JOYEUX et J. PIÉRI). — Les animaux réservoirs de virus sont la tique, qui reste infectieuse pendant l'hiver et transmet le virus à sa descendance. Certains vertébrés (le chien, le spermophile, le rat, le lapin, etc.) peuvent être infectés expérimentalement, mais paraissent s'immuniser. Le rôle de ces mammifères comme réservoirs de virus ne semble pas très bien éclairci.

La fièvre boutonneuse en Grèce (J. CAMINOPETROS). — L'auteur fait la description d'une épidémie à Athènes et au Pirée en été 1932. Il rend compte de ses expériences de transmission aux animaux, et montre la sensibilité du cobaye au virus boutonneux.

Sur l'origine murine du typhus exanthématique endémique et bénin des pays méditerranéens. — M. P. LÉPINE rend compte des recherches poursuivies à l'Institut Pasteur d'Athènes. Le virus isolé est identique à celui que MM. MARCANDIER et PIROT ont trouvé à bord des navires de guerre à Toulon. Il est incontestable que l'on rencontre dans le bassin méditerranéen une forme exanthématique qui est d'origine murine. Cette infection murine réalise une cause certaine d'infection occasionnelle de l'homme et un danger qu'il ne faut pas méconnaitre, mais qu'il ne faut pas exagérer.

Le typhus exanthématique en Algérie (MM. SASPORTAS et DIÉNOT). — La maladie prend chez l'indigène une forme assez fruste. Parmi tous les traitements, le sérum de convalescent employé à titre préventif a paru donner de bons résultats. On ne saurait trop le recommander au personnel infirmier chargé de l'épouillage en temps d'épidémie. Il y a lieu d'organiser la lutte contre le pou, la création de postes d'épouillage dans les infirmeries, et d'équipes mobiles. L'œuvre entreprise par le Dr Raynaud est continuée et parachevée par le médecin général inspecteur Lasnet.

Outre ces communications, citons également celle de MM. ROCHAIX, SEDAILLAN et E. COUTURE sur leurs recherches sur les rats réservoirs du virus de la maladie de Brill à Lyon; celle de MM. MARCANDIER et R. PIROT sur les recherches expérimentales sur le typhus bénin observé à bord des navires de guerre à Toulon; celle de M. SAMPIÉTRO sur le dermo-typhus bénin d'été à Rome ; celle de M. MASTASI sur la fièvre exanthématique à Tripoli ; celle de MM. REITANO et BONCINELLI sur leurs recherches expérimentales. Enfin il convient de signaler la très belle présentation de clichés de papules exanthématiques par MM. PIÉRI et MOSINGER, où l'on voit que le virus exanthématique détermine une réaction de tous les éléments locaux du système réticulo-endothélial.

La dernière séance fut réservée à la présentation des vœux : vœux de la Commission de verdunisation, de la Commission de la lèpre, de la Commission des coquillages, de la Commission de la mortinatalité par la chaleur, de la Commission de la fièvre ondulante, de la leishmaniose et du typhus exanthématique.

Nous aurons l'occasion de publier le texte de ces vœux dans un prochain numéro.

M. le doyen IMBERT prit la parole pour faire l'historique du Congrès et remercier notamment M. le sénateur HONNORAT qui en fut le promoteur.

M. HONNORAT, à son tour, adressa ses remerciements aux congressistes, aux délégations étrangères venues si nombreuses et termina en disant que l'Université d'Aix-Marseille avait été fière de les accueillir.

Le professeur MARCHOUX prononça le discours de clôture, montrant l'importance des travaux qui avaient été traités et remerciant particulièrement ses collègues : MM. Violle et Broquet, secrétaires généraux ; M. Baillière, trésorier, ainsi que leurs collaborateurs.

Il annonça que le Comité international d'hygiène méditerranéen proposait l'Italie comme siège du prochain congrès en automne 1935 ou printemps 1936.

Le professeur Dante de Blasi, membre de l'Académie royale, chef de la Délégation italienne, se leva, et, au milieu des ovations, assura le Congrès que son gouvernement serait très touché, et accepterait avec joie d'accueillir les congressistes.

***

Comme on le voit, les séances de travail furent très importantes tant par le nombre des communications que par leur intérêt ; le programme fort bien combiné permit aux congressistes d'assister à toutes les séances sans manquer aux nombreuses réceptions et aux excursions magnifiques dans cette admirable Provence.

Réceptions chez le doyen, à l'hôtel de ville, à la Chambre de commerce, à la foire de Marseille, à bord du luxueux paquebot *Aramis* des Messageries maritimes, fête noc-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

turne au palais du Pharo donnée par le président, visite du Frioul, du château d'If, de la Ciotat. Réception par la ville d'Aix avec fête provençale à l'établissement thermal, banquet présidé par le ministre de l'Éducation nationale, enfin, pour clôturer : splendide excursion à Martigues, à Arles, si riche en souvenirs, et à Aigues-Mortes, la ville des croisés.

Les congressistes se séparèrent à regret, enthousiasmés par l'accueil qui leur avait été réservé. Cet accueil si franc, si spontané, si cordial de la ville de Marseille a fait certainement beaucoup plus pour le bon renom de notre pays que tous les discours.

Il convient de féliciter sans réserve le professeur Imbert, doyen de la Faculté de médecine; le sénateur Honnorat, président d'honneur ; le professeur Marchoux, président et ses dévoués collaborateurs : le professeur Violle, MM. Ch. Broquet et G. Baillière qui assumèrent la très lourde tâche de l'organisation de ce magnifique Congrès.

RAYMOND NEVEU.

NOUVELLES

Chaire d'hygiène et de médecine préventive. — Le professeur TANON commencera son cours le mardi 15 novembre 1932, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

SUJET DU COURS : *Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.*

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de la 5e année, seront dirigées par M. Joannon, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie du 2 au 26 novembre 1932, sous la direction de M. le professeur Gougerot.

Le cours aura lieu du mercredi 2 novembre au samedi 26 novembre 1932, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours, tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie, sont ouverts de 9 à 12 heures et de 2 à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Le droit à verser est de 350 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Brunier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R.M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Clinique des maladies du système nerveux (professeur : M. Georges Guillain). — Un cours de perfectionnement sur les tumeurs du système nerveux sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. Garcin, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; D. Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux ; R. Bize, M. Michaux, L. Rouquès, R. Thurel, chefs de clinique ; J. Christophe, J. Darquier, P. Mathieu, P. Pollaret, J. Périsson, P. Schmite, A. Thévenard, anciens chefs de clinique ; H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique avec présentation de malades comportera une série de 20 leçons ; il commencera le lundi 5 novembre 1932, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 7 novembre.* — 14 heures, Dr Alajouanine : Généralités ; l'hypertension intracranienne. — 15 h. 30, Dr Lagrange : Signes oculaires des tumeurs cérébrales (stase papillaire).

Mardi 8 novembre. — 14 heures, Dr Michaux : Procédés complémentaires de diagnostic. — 15 h. 30, Dr Ivan Bertrand : Anatomie pathologique des tumeurs du système nerveux (1re leçon).

Mercredi 9 novembre. — 14 heures, Dr Bize : Tumeurs des méninges. — 15 h. 30 Dr Ivan Bertrand : Anatomie pathologique des tumeurs du système nerveux (2e leçon) :

Jeudi 10 novembre. — 14 heures, Dr Alajouanine : Tumeurs frontales. — 15 h. 30, Dr Rouquès : Tumeurs des hémisphères et du corps calleux.

Lundi 14 novembre. — 14 heures, Dr Mollaret : Tumeurs hyophysaires (1re leçon). — 15 h. 30, Dr Darquier : Tumeurs du tronc cérébral.

Mardi 15 novembre. — 14 heures, Dr Mollaret : Tumeurs hypophysaires (2e leçon). — 15 h. 30, Dr Thurel : Tumeurs du cervelet et du IVe ventricule.

Mercredi 16 novembre. — 14 heures, Dr Garcin : Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — 15 h. 30, Dr Schmite : Tumeurs de la moelle (1re leçon).

Jeudi 17 novembre. — 14 heures, Dr Garcin : Tumeurs de la base du crâne. — 15 h. 30, Dr Schmite : Tumeurs de la moelle (2e leçon).

Vendredi 18 novembre. — 14 heures, Dr Périsson : Tumeurs intramédullaires. — 15 h. 30, Dr Thévenard: Tumeurs des nerfs.

Samedi 19 novembre. — 14 heures, Dr Petit-Dutaillis : Chirurgie des tumeurs du système nerveux. — 15 h. 30 : Dr Mathieu : Radiothérapie des tumeurs du système nerveux.

Droit d'inscription : 300 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

NOUVELLES *(Suite)*

Cours pratique d'actinothérapie. — Un cours pratique d'actinothérapie s'ouvrira à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223-225, rue de la Convention, métro Convention), le 14 novembre, à 17 heures.

Ce cours est réservé aux médecins et aux étudiants en médecine. Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

Il comportera 10 leçons.

Lundi 14 *novembre.* — 17 heures, Saidman : Généralités sur les radiations. Choix des lampes dans la pratique. — 18 heures, Saidman : La sensitométrie. Chois des doses. Sensibilité et sensibilisation.

Mercredi 16 *novembre.* — 17 heures, Krainik : Médecine générale et endocrinologie. — 18 heures, Jean Myer : La photothérapie dermatologique.

Vendredi 18 *novembre.* — 17 heures; Lautmann : Pédiatrie. — 18 heures, Jean Meyer : La photothérapie dans la tuberculose.

Lundi 21 *novembre.* — 17 heures, Saidman : La photothérapie des rhumatismes et névralgies. — 18 heures, Auzimour : Oto-rhino-laryngologie. M[lle] Pallisse : Gynécologie. Doufougère : Stomatologie.

Mercredi 23 *novembre.* — 17 heures, Saidman : Infrarouges. — 18 heures, Jean Meyer : Polyradiothérapie. Association aux ondes courtes.

On est prié de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie. Le droit à verser est de 150 francs. Un certificat sera délivré aux auditeurs qui auront suivi tous les cours.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Enseignement sous la direction de M. Fernand LEMAITRE, professeur. — 1° ENSEIGNEMENT MAGISTRAL (clinique et technique) par le professeur, gratuit, sera donné dans le service de la clinique, à l'hôpital Lariboisière, et comprendra :

a. *Une leçon clinique avec présentation des malades*, le mardi à 10 heures. Première leçon le mardi 8 novembre.

b. *Des séances opératoires*, les mercredi, vendredi et samedi à 10 heures. Première seance : le mercredi 9 novembre.

2° ENSEIGNEMENT AUX STAGIAIRES par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et les chefs de laboratoire. Cet enseignement, gratuit, est réservé aux étudiants en médecine de 5e annee inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades sera fait les mardi, jeudi et samedi à 10 heures. Première séance : mardi 8 novembre (service de la clinique à l'hôpital Lariboisière.)

3° ENSEIGNEMENT AUX SPÉCIALISTES OTO-RHINO-LARYNLOGISTES. — a. *Enseignement d'initiation.* Cet enseignement, propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens.

b. *Enseignement clinique complémentaire*, sous la direction du professeur, par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu toutes les après-midi.

c. *Enseignement d'anatomie pratique*, en 20 leçons, aura lieu toutes les après-midi; il précédera les cours de chirurgie opératoire spéciale.

d. *Enseignement de perfectionnement chirurgical*, qui comprendra *deux cours pratiques de chirurgie opératoire spéciale* par le professeur et MM. les D[rs] Aubin, laryngologistes des hôpitaux, Maduro et Rémy-Néris, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire ; ils seront donnés à l'amphithéâtre des hôpitaux tous les jours à 2 heures.

4° ENSEIGNEMENT AUX SPÉCIALISTES STOMATOLOGISTES, qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend :

a. *Une lecon clinique*, avec présentation des malades par le D[r] Charles Ruppe, stomatologiste des hôpitaux.

b. *Une séance opératoire*, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Pour tous renseignements, s'adresser au D[r] Maduro ou au D[r] Rémy-Nérix, chefs de clinique, hôpital Lariboisière.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Paul Carrnot). — Tous les matins, de 9 h. 30 à midi.

PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — I. LEÇONS CLINIQUES : les mardi, jeudi et samedi à 10 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

Samedi : Leçon clinique par le professeur Carnot (première leçon, le samedi 19 novembre).

1er et 3e samedis : leçon de clinique générale.

2e et 4e samedis : leçon de gastro-entéro-hépatologie.

Mardi : Présentations de malades du service et de la policlinique.

Jeudi : 1er et 3e jeudis : leçons et présentations de malades sur des sujets de neurologie par le professeur Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu.

2e jeudi : leçons et démontrations de pathologie expérimentale et de physiologie pathologique par le D[r] Henri Bénard, agrégé médecin de la Charité.

4e jeudi : leçons et présentations de malades sur des sujets d'hépatologie par le D[r] E. Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

II. ENSEIGNEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE (stagiaires de 1re, 2e et 3e années). — *a.* Leçons de sémiologie par les chefs de clinique et les internes : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

b. Examen des malades ; lecture des observations : 1re année, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne (D[rs] Jean Weill et Cachera) : 2e et 3e années : salles petit Saint-Christophe et petit Saint-Charles (D[rs] Coury et Libert).

III. ENSEIGNEMENT DE GASTRO-ENTÉRO-HÉPATOLOGIE. — *a.* Examen des malades et explorations digestives, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine (D[rs] Caroli et Thiroloix).

b. Pliclinique digestive (salle de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours, à 9 heures.

Estomac et intestin (D[r] Bouttier) : lundi, mercredi, vendredi. — Rectum et anus (D[r] Friedel) : mardi, jeudi, samedi. — Œsophage (D[r] Dufourmentel) : samedi à 11 h. 30.

NOUVELLES *(Suite)*

c) Examens de radioscopie digestive : Drs Lagarenne et Dioclès, chefs du laboratoire de radiologie : lundi, mercredi, vendredi à 11 heures.

IV. ENSEIGNEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE (policlinique Gilbert). — *a*. Consultations physiothérapiques et applications de traitements, tous les jours de 9 heures à midi : Dr Dausset, chef du laboratoire; Drs Dejust et Chenilleau chefs adjoints.

b. Mesures physiques et physiologiques : Dr Dognou, agrégé de physique.

V. LEÇONS DU DIMANCHE (à 10 h. 30, amphithéâtre Trousseau). — *Du jour de l'An à Pâques* : Mise au point de problèmes d'actualité (affiche spéciale).

VI. COURS DE PERFECTIONNEMENT (pour les docteurs français et étrangers). — *Vacances de Pâques* : Cours pratique de physiothérapie (un mois). Début : lundi de Quasimodo (affiches spéciales).

Grandes vacances : Maladies du foie et de la nutrition (septembre). — Gastro-entérologie (septembre-octobre).

VII. LABORATOIRES DE LA CLINIQUE (laboratoires Dieulafoy). — Ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thsèes, sous la direction du professeur Carnot et du Dr H. Bénard, agrégé.

Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, M. Deval ; Physique, Dr Dognon, agrégé ; Chimie, M. Coquoin ; Bactériologie, M. Jean Levaditi ; Anatomie pathologique, Dr Marguerite Tissier ; Physiologie, M. Simonnet, agrégé des Ecoles vétérinaires.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Bernard Cunéo commencera son cours de clinique chirurgicale, le mardi 8 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre par le professeur.

Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est) par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Du lundi 10 novembre au samedi 20 décembre, tous les matins, à 8 h. 30 : cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch et Sénèque, chirurgiens des hôpitaux ; Meillère et Blondin, chefs de clinique; par M. Delalande, ancien chef de clinique à la Faculté, et par M. Nicolas, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, lundi à 15 heures.

Opérations, jeudi matin à 9 h. 30 (côté ouest), par M. le professeur Hartmann.

Cours et travaux pratiques de physique médicale. — M. le professeur A. STROHL commencera son cours le jeudi 3 nobembre, à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — 1° Optique ; 2° Electrologie ; 3° Actinologie ; 4° Radiologie ; 5° Radioactivité.

Des exercices pratiques autont lieu, sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

Chaire de thérapeutique (professeur : M. Maurice Lœper). — 1° COURS DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le professeur Maurice Lœper commencera son cours le jendi 10 novembre 1932, à 17 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet : Médications et médicaments de l'appareil digestif et de la nutrition.

2° CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTHIQUE. — M. le Dr P. Harvier, agrégé, fera ses conférences les lundis, mercredis et vendredis, à partir du lundi 14 novembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Sujet : Les grandes médications cardiovasculaires, réanles, pulmonaires et infectieuses.

Des cours complémentaires sur les sujets thérapeutiques d'actualité et sur la physiothérapie. auront lieu les vendredis et samedis en décembre, janvier et février.

Clinique médicale propédeutique (hôpital de la Charité). — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques, le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, à l'hôpital de la Charité.

I. PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins à 9 h. 30 : Visite dans les salles.

Lundi, mardi et jeudi, 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique.

Mardi et jeudi, 9 h. 30 : Séance de pneumothorax artificiel, sous la direction des Drs René Mignot et R. Benda, anciens chefs de clinique.

Mercredi, 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Dr Marlon.

Vendredi, 9 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins (exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de policlinique, par le Dr René Mignot, ancien chef de clinique).

Samedi, 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Lundi, mardi et jeudi, 9 heures : Leçons de technique et de séméiologie élémentaires, par le professeur et les chefs et anciens chefs de clinique, MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Greletty-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Benda, Loujumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumean-Delille, Thiébaut, Mamou et les chefs de laboratoire, MM. H. Durand et Couvreux.

Mereredi, 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Vendredi, 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

II. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DES STAGIAIRES (à partir du 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE PERFECTIONNEMENT. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera trois sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé

NOUVELLES *(Suite)*

seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours :

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet.

2° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin octobre), avec la co-direction du Dr Lian, agrégé.

3° Des cours pratiques de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef de laboratoire de radiologie de la clinique (1er cours en avril ; 2e cours en décembre).

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devant être versé au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4) de 14 à 16 heures.

Clinique chirurgicale de la Faculté (hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 8 novembre 1932, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec presentation de malades.

Lundi et vendredi : Opérations.

Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

Enseignement complémentaire. — Leçons et démonstrations d'urologie, par M. Chevassu, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Leçons de séméiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth et Ménégaux, chirurgiens des hôpitaux ; Patel et Darfeuille, chefs de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

Cours de clinique urologique (clinique Guyon). — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 30 à 12 heures ; le mercredi et le vendredi de 9 h. 30 à 11 heures, avant la clinique.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique (professeur, M. Ombrédanne). — Enseignement clinique. — Lundi, 9 h. 30 : Examens de malades entrants, par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson, à partir du 7 novembre.

Mardi, 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le Dr Leydet, chef de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, 9 h. 30 : Opérations par le professeur.

Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 30 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Dr Lance, Dr Hue, Dr Aurousseau et Dr Fèvre).

Mercredi, 10 h. 30 : Conférence d'orthopédie pratique par les assistants d'orthopédie.

Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique.

Visite dans les salles.

Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.

Chaire de clinique de la tuberculose (professeur : Léon Bernard). — Programme général. — I. *Enseignement élémentaire.* — Lundi, 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels compliqués (Dr Triboulet, assistant). Expertises militaires pour la tuberculose (Dr Lamy, assistant).

Lundi, 14 h. 30 : Au dispensaire : policlinique par les assistants ; service médico-social de dispensaire, par les Drs Barou et Triboulet, assistants.

Mardi, 10 h. 30 : Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la clinique).

Mercredi, 9 h. 30 : Pneumothorax artificiels simples (Drs Triboulet, Poix et Valtis). — 10 heures : Examen radioscopique des malades du service par le Dr Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec. — 10 heures, au dispensaire : Contre-visite pour le placement familial d'enfants, par le Dr Vitry, médecin de l'O. P. H. S.

Mercredi, 11 heures : Leçon clinique par le professeur.

Jeudi, au dispensaire, 9 h. 30 : Policlinique avec examens radioscopiques par les Drs Taron et Triboulet. — 10 h. 30 : Prophylaxie anténatale de la première enfance, par le professeur.

Vendredi, 10 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique : Examens macroscopiques et microscopiques, par Mlle le Dr Gauthier-Villars, chef du laboratoire. A la crèche Landouzy : Clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le Dr Lamy.

Samedi, 9 h. 30, au dispensaire : Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les assistants. Service médico-social de dispensaire, par les Drs Taron et Triboulet. Contre-visite des malades de préventorium et de sanatoruim, par le Dr André Martin, médecin de l'O. P. H. S.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles par les Drs Thoyer, Even, Mlle Blanchy, chefs de clinique.

La première leçon clinique du semestre aura lieu le mercredi 16 novembre à 11 heures.

II. *Enseignements complémentaires.* — Des séries de leçons sur des sujets relatifs à la tuberculose (anatomie pathologique ou bactériologie ; clinique ou thérapeutique médicale et chirurgicale ; prophylaxie sociale) auront lieu à des dates qui seront ultérieurement déterminées, sous la direction de MM. Léon Bernard, Rist ou Proust et Maurer.

Un cours sur les tuberculoses ostéo-articulaires sera donné à l'hôpital franco-américain de Berck, par le Dr Jacques Calvé, avec la collaboration de MM. les Drs Galland, Froyez et Louis Lamy, du 1er au 15 juillet. Le programme en sera affiché ultérieurement.

III. *Enseignement spécial de perfectionnement:* — Deux cours de perfectionnement seront donnés :

Le premier, dirigé par MM. Léon Bernard et Robert Debré, en vue de la préparation des médecins spécialistes de dispensaires et sanatoriums, sera d'une durée de trois mois, et composé de deux parties : la première, d'une durée de quatre semaines, comprendra 40 leçons accompagnées de travaux pratiques de clinique et de

NOUVELLES *(Suite)*

laboratoire ; la seconde, d'une durée de huit semaines, sera affectée à des stages au dispensaire Léon-Bourgeois et dans d'autres dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, ainsi que dans des sanatoriums de cette administration.

Ce cours aura lieu de janvier à mars inclusivement. Le programme en sera affiché ultérieurement.

Le second, sous la direction de MM. Rist et Ameuille, sera d'une durée de quatre semaines, comportant leçons, examens radiologiques, téchniques therapeutiques, exercices de laboratoire et visites ; il aura lieu en octobre.

Pour les cours spéciaux, des bourses seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Le certificat d'assiduité au cours de trois mois, comprenant obligatoirement les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Chaire de la tuberculose (hôpital Laennec). — M. le professeur Léon BERNARD commencera ses leçons à la salle des conférences de la clinique, le mercredi 16 novembre 1932, à 11 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé une serie de conférences qui auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saint-Pères (angle du boulevard Saint-Germain ; entrée : 49, rue des Saint-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

6 *Novembre.* — M. Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ?

13 *Novembre.* — M. Siredey, médecin honoraire des hôpitaux : Traitement du cancer du col utérin.

20 *Novembre.* — M. Etienne Bernard, médecin des hôpitaux : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

27 *Novembre.* — M. A. Tzanck, médecin des hôpitaux : Biophylaxie, son importance au point de vue thérapeutique.

4 *Décembre.* — M. Abrami, médecin de l'hôpital de la Charité : Mécanisme de la crise d'asthme.

11 *Décembre.* — M. Lesné, médecin des hôpitaux : Le diabète sucré chez l'enfant.

18 *Décembre.* — M. J. Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux : Traitement du vertige.

Clinique médicale des enfants. — M. NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 3 novembre 1932, à 9 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de thérapeutique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections digestives, par M. Jean Hutinel, agrégé.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Jean Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 19 novembre).

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1933.

Clinique médicale de l'hopital Cochin. — M. le professeur Charles ACHARD commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le samedi 19 novembre 1932, à 10 h. 30, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les matins, à 9 h. 30, visite dans les salles, examens des malades par MM. Poumailloux, Benoist, Cahen et Horowitz, chefs de clinique.

A 11 heures, excepté le samedi, leçons et démonstrations avec le concours de MM. Lœper, Villaret, Clerc et Léon Binet, professeurs à la Faculté ; Joannon, Henri Bénard et J. Verne, agrégés ; Bensaude, P. Emile-Weil, Laubry, Grenet, Louis Ramond, Touraine, Flandin, Marchal, M. Debray, Hamburger et Bariéty, médecins des hôpitaux ; Grigaut, chef de laboratoire ; Saint Girons, Thiers, Mouzon, Sigismond Bloch, Morlaas et Moussoir, anciens chefs de clinique.

Le lundi et le jeudi, à 10 heures, consultation des maladies rhumatismales par MM. les Drs Coste, médecin des hôpitaux, et J. Forestier, ancien interne des hôpitaux.

Le samedi, à 10 h. 30, leçon à l'amphithéâtre, par le professeur.

Le diplôme de chirurgien-dentiste. — Aux termes d'un décret, le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste comportera dorénavant les conditions suivantes (art. 2 du décret) :

« Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire »

Travaux pratiques de physiologie. — Une série exceptionnelle de travaux pratiques supplémentaires pourra avoir lieu fin octobre et début de novembre si le nombre des étudiants inscrits le permet.

S'inscrire *conditionnellement* au secrétariat dès maintenant (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Droit d'inscription : 150 francs.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 1 *Octobre.* — M. LACAN, De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. — M. LEMOYNE, La pharyngotomie inférieure par voie latérale. — M. ROBERT THOMAS, Considérations sur les épithéliomes cylindriques du maxillaire supérieur.

20 *Octobre.* — M. GADAUD, Du réveil des tuberculoses articulaires par le gonocoque. — M. RENAUDIN, L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra. — M. DUFET, Traitement curatif de la conjonctivite gonococcique sans nitrate d'argent. — M. MARQ, Signes et diagnostic de la tuberculose irido-ciliaire.

NOUVELLES *(Suite)*

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 OCTOBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

24 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

24 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernière limite pour les inscriptions du 1er et du 2e trimestre.

25 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens.

26 OCTOBRE. — *Lille.* Concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine d'Amiens.

27 OCTOBRE. — *Grenoble.* École de médecine. Concours de chef des travaux à l'École de médecine de Grenoble.

29 OCTOBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

29 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 13 h. 30. Examen du certificat et diplôme de radiologie et électrologie médicales.

31 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai d'inscription des candidats aux bourses d'études du *Nord médical* et à la fondation en souvenir du Dr Quivy (inscription chez M. le Dr Maurice Renaudeau, 22, rue de Madrid, à Paris).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai de réception des manuscrits pour le prix Le Gendre et pour le prix Gingeot (envoi au secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai des candidatures à la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales (ministère de la Guerre, direction des troupes coloniales, 3e bureau).

1er NOVEMBRE. — *Marseille.* Dernier délai pour l'envoi des mémoires pour le prix Jean ESCAT (Société de chirurgie de Marseille, 3, Marché des Capucins).

3 NOVEMBRE. — *Ville des Académies.* Examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccalauréat.

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. PASTEUR VALLERY-RADOT : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ?

7 NOVEMBRE. — *Rennes.* Concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

7-8 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation de médecine légale, pharmacologie et matière médicale.

7-8 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine.* Composition d'agrégation d'anatomie, d'histologie, d'histoire naturelle médicale et parasitologie, de bactériologie, d'anatomie pathologique, de médecine générale, de chirurgie, de chimie, de physique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la prise de la première inscription.

9-10 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine.* Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

9-10 NOVEMBRE. *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation d'urologie.

9-10 NOVEMBRE. — *Facultés de médecine.* Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

13 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. SIREDEY : Traitement du cancer du col utérin.

14 NOVEMBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux de Toulon.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* École du Val-de-Grâce. Concours d'agrégation.

15 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription du concours de l'internat des hôpitaux de Nîmes (hôpital Ruffi).

16 NOVEMBRE. — *Poitiers.* Concours de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour la nomination de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. ÉTIENNE BERNARD : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

21 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation, histoire naturelle et parasitologie.

22 NOVEMBRE. — *Marseille.* Concours de clinicat de chirurgie infantile.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* École du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant à nommer dans l'armée.

CHRONIQUE DES LIVRES

Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, par M. Labbé, H. Labbé, F. Nepveux. Un volume de 886 pages avec 135 figures et 6 planches en couleur : 140 francs (*Masson et Cie, éditeurs, à Paris*).

La médecine dite moderne s'efforce de compléter la médecine d'observation pure, toujours fondamentale, par l'emploi de méthodes scientifiques appliquées à l'étude des causes morbides et des réactions de l'organisme. En dehors des procédés morphologiques, qui utilisent le microscope, on s'adresse à des méthodes empruntées à la chimie et à la physique. Elles sont d'application souvent délicate et exigent une technique rigoureuse. Aussi nous faut-il des « traités de technique», et le livre de MM. Marcel et Henri Labbé et de M. Nepveux sera-t-il le bienvenu.

Malgré son titre, ce livre n'est pas uniquement un traité de technique. Il comporte plusieurs parties. Dans la première (M. Marcel Labbé) sont étudiés les grands syndromes de la digestion (gastriques, intestinaux, pancréatiques, hépatiques...). Cette partie, plus spécialement médicale, montre au médecin ce qu'il doit rechercher dans un cas donné et lui indique les renseignements qu'il doit demander aux laboratoires.

Une seconde partie, plus spécialement physiologique, envisage les divers éléments constituants de l'organisme, tant minéraux (C, Cl, Na, Ca, S, P) qu'organiques (protides, lipides, glucides), avec une étude d'ensemble sur leur métabolisme dans le corps humain.

La troisième partie, la plus longue, est relative aux méthodes et sera précieuse aux techniciens. Elle est très complète et expose, avec tous les détails nécessaires, les procédés d'examen des humeurs (sang, liquide céphalo-rachidien), des sécrétions (sucs gastrique et pancréatique, bile...), des excrétions (urines, fèces). L'étude si importante des échanges respiratoires, de l'équilibre acido-basique a été développée comme il convient. A mentionner spécialement l'article de M. H. Labbé sur l'examen des urines et celui de M. Nepveux sur l'analyse chimique du sang.

Malgré le développement de l'ouvrage, on ne pouvait songer à indiquer toutes les techniques proposées pour chaque cas. Cela aurait été d'ailleurs plus nuisible qu'utile à la majorité des travailleurs, et il convient de signaler les choix judicieux qu'ont faits les auteurs, à la lumière d'une expérience étendue, dans la littérature énorme et touffue consacrée à ces questions. Ils ont fourni un travail considérable et ils ont droit aux félicitations et à la gratitude de tous ceux qui sont appelés à en bénéficier.

A. Baudouin.

L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie, par MM. Terracol, Turchini et Harant, de la Faculté de médecine de Montpellier. Monographie oto-rhino-laryngologique n° 23. Un volume in-16 de 216 pages avec 17 figures. Analyses en allemand, anglais, espagnol et italien. Prix : 35 francs (*Presses universitaires, Paris*, 1931).

Cette monographie est un exposé clair et concis des réactions de l'appareil cartilagineux envisagé au triple point de vue histologique, anatomo-pathologique et clinique.

La première partie a été rédigée par le Dr Turchini, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. De très belles micro-photographies illustrent l'exposé des notions fondamentales de l'histologie et de l'histo-physiologie de l'appareil cartilagineux.

La deuxième partie, due au Dr Harant, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier, est une lumineuse description des néoplasies et des périchondrites.

La troisième partie, et la plus importante, a été longuement détaillée au point de vue clinique par le professeur Terracol. Toutes les affections cartilagineuses du nez, du larynx, de l'oreille y sont magistralement exposées, et le texte en est rehaussé de nombreux clichés photographiques.

M. Ombrédanne.

Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique, par Georges Portmann, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Bordeaux, publié avec la collaboration de MM. H. Retrouvey et Jean Despons, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Paul Leduc, anesthésiste, et G. Martinaud, ancien chef de clinique, assistants à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8° de 860 pages avec 407 figures et 2 planches hors texte en couleurs. Prix: broché, 290 francs ; relié : 330 francs (*Paris, Masson et Cie, éditeurs*).

Rompant avec les habitudes du passé, le professeur Portmann expose dans cet ouvrage beaucoup plus par l'illustration que par le texte ses techniques personnelles et les interventions pratiquées et enseignées à la clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux.

Pas de mots inutiles, quelques phrases essentielles scandant le rythme opératoire, et surtout d'innombrables clichés photographiques avec un luxe de détail instrumental en sont les caractéristiques essentielles.

Livre nouveau dans sa forme, il sera d'un précieux secours à tous ceux que la chirurgie oto-rhino-laryngologique intéresse.

M. Ombrédanne.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'USAGE ET L'ABUS DES MÉDICAMENTS DANS L'ASTHME

MM. Milton B. Cohen et Jack A. Rudolph, de Cleveland, donnent leur avis dans le *Journal of the American medical Association* (1) sur les diverses médications employées dans l'asthme. Ces remèdes ne remplacent pas les méthodes immunologiques ; mais ils peuvent être employés, et souvent par le malade lui-même, en attendant la mise en œuvre de la médication spécifique. Ils sont généralement sans danger. Quelques-uns, toutefois, demandent dans leur emploi des précautions dont l'absence peut entraîner des conséquences graves.

Le plus récent des remèdes contre l'attaque d'asthme est l'*adrénaline*, dont l'effet est d'exciter les terminaisons périphériques du sympathique. L'adrénaline est mal absorbée par les muqueuses, et doit être injectée sous la peau ou dans les muscles. En injections intraveineuses, son action est immédiate mais brève ; il est nécessaire, pour la prolonger, de renouveler souvent de petites doses. Au contraire, par la voie sous-cutanée, la sédation de la crise commence de cinq à quinze minutes après l'injection, qui assure souvent au malade plusieurs heures de tranquillité. La dose usuelle, correspondant au contenu d'une ampoule courante, est de 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 1000.

C'est beaucoup. On observe souvent, à cette dose, une réaction cardiaque, — palpitations, arhythmie, pâleur de la face, céphalée violente, frissons, — qu'il n'est pas nécessaire de provoquer pour obtenir l'action recherchée ; il suffit, dans la plupart des cas, d'injecter de 0,2 à 0,4 centimètre cube de la solution à 1 p. 1000, soit le tiers de l'ampoule, quitte à réitérer vingt minutes après la première injection s'il le faut. Dans les cas de crises à répétition, survenant toutes les cinq ou six heures, on peut sans inconvénient renouveler l'injection d'adrénaline dès que les premiers symptômes de la crise apparaîtront, et sans attendre son éclosion, ou même injecter toutes les trois heures la dose de 0,3 centimètre cube. Il est même expédient de dresser les malades à faire eux-mêmes leur injection d'adrénaline sans attendre le médecin, mais à condition d'utiliser les ampoules et non une solution à l'air libre qui peut-être altérée par oxydation.

L'*éphédrine* est l'alcaloide du ma huang, un des végétaux les plus anciens de la pharmacopée chinoise. Ses effets sont analogues à ceux de l'adrénaline, mais plus durables. D'autre part, l'éphédrine peut être administrée *per os* sous forme de sulfate ou de chlorhydrate à la dose de 25 à 65 milligrammes par jour. L'éphédrine est moins active que l'adrénaline, et son usage sera limité aux états asthmatiques légers : pour la grande crise d'asthme l'adrénaline donne des résultats supérieurs.

L'absorption de l'éphédrine détermine parfois des nausées allant jusqu'au vomissement, de l'arythmie cardiaque, des sueurs, et surtout des symptômes cérébraux : insomnie, cauchemars, agitation mentale, dépression physique. Il est indispensable de lui associer, pour éviter ces réactions, un hypnotique comme le gardénal (2).

(1) 28 mai 1932, p. 1864.

(2) Ducoste, en France, a également proposé de lui associer la caféine.

L'éphédrine est soluble dans l'huile, ce qui permet de l'employer, à 1 p. 100, dans les cas de rhume des foins, en badigeonnages de la muqueuse nasale.

Le dérivé de l'opium le plus communément utilisé est la *morphine*. Elle présente l'avantage d'apaiser l'état anxieux du malade. Mais cette indication est discutée. La morphine, si elle calme l'angoisse, semble avoir sur les fibres lisses un effet excitant, tout à fait contre-indiqué dans l'asthme où il faut dilater les alvéoles bronchiques MM. M.-B. Cohen et J.-A. Rudolph font état de six cas où la mort suivit l'accès d'asthme, qui se termine rarement par une issue fatale ; dans 5 de ces 6 cas, la mort est survenue quelques heures après l'administration de morphine ou de codéine. Et cependant les malades ne présentaient aucune complication cardiaque les exposant à une intolérance aiguë ; c'étaient probablement des sujets idiosyncrasiquement sensibles à l'opium, comme il s'en rencontre quelques-uns. L'autopsie de deux cas a montré qu'ils avaient succombé à l'invasion des bronches par un exsudat surabondant de consistance gluante : ces malades ont été étranglés par leur propre hypersécrétion muqueuse.

L'effet de la morphine fut sans doute d'ajouter, chez des prédisposés, une suffusion de mucus à celle qu'avait déjà provoquée la crise d'asthme, ou bien d'annihiler en partie la toux réflexe qui tend à la libération des bronches, ou bien encore d'avoir inhibé les centres respiratoires. Ces hypothèses demandent des vérifications expérimentales ; mais il n'était pas inutile d'attirer l'attention du praticien sur le danger possible des opiacés au cours de la crise.

Les effets de la *belladone*, de la *jusquiame* et du *stramonium* dépendent de leur teneur en atropine : l'atropine diminue la sécrétion bronchique et dilate les bronches. Son administration au moyen de poudres fumigènes ou de cigarettes est d'usage courant. On ajoute à ces cigarettes ou à ces poudres de la lobélie, de l'anis ou du tabac, et l'inhalation produit en quelques instants, chez beaucoup de malades qui en font un usage constant, l'expulsion des mucosités qui encombrent l'arbre bronchique. Cette action,, très marquée chez la plupart des asthmatiques, ne se réalise pas chez certains autres.

Les *iodures*, le *tabac*, la *lobélie*, ont également la vertu de rendre plus fluide le mucus bronchique. L'iodure trouvera surtout son indication chez les malades atteints de bronchite secondaire.

Le *calcium*, enfin, a été proposé dans l'asthme, parce qu'il empêcherait la production des œdèmes en diminuant la perméabilité du tissu cellulaire. Cette idée théorique n'a pas reçu de confirmation clinique, et a même été niée du point de vue expérimental par Criep.

Les Américains attachent une grande importance au traitement de l'asthme par les méthodes immunologiques. Ils ne négligent pas cependant, comme on l'a constaté, les traitements préventifs ou symptomatiques de la crise d'asthme, et suivent à peu près, dans leur pratique, les données classiques.

PH. DALLY.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE.

REVUE DES CONGRÈS

XLI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932.

CHIRURGIE DU CŒUR

Chirurgie des tumeurs et des rétrécissements valvulaires du cœur.

Résumé du rapport de M. LENORMANT (de Paris).

Les tumeurs primitives du cœur sont rares ; la littérature n'en relate que 150 cas ; toutes ont été des trouvailles d'autopsie.

Il s'agit de tumeurs des valvules, généralement petites et pédiculées, ou de tumeurs des cavités dont le siège le plus habituel est l'oreillette gauche, ou bien enfin de tumeurs des parois.

Cinquante-huit fois sur cent, ce sont des néoplasmes bénins : rhabdomyomes, myxomes, fibromes, lipomes ; dans les autres cas, ce sont des tumeurs malignes, des sarcomes le plus souvent.

L'extirpation chirurgicale devrait être pratiquement réalisable, exception faite du sarcome qui donne trop précocement ses métastases. Mais la symptomatologie est tellement fruste ou tellement banale que pas une seule fois le diagnostic clinique n'a pu être posé.

A côté des tumeurs proprement dites, il convient de considérer les kystes hydatiques du cœur, dont 137 observations ont été retrouvées par Dévé. Les conditions anatomiques sont ici jusqu'à un certain point favorables à l'opération. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une manifestation unique, et contrairement à l'opinion classique, intiale de l'échinococcose. Le kyste siège le plus souvent dans l'épaisseur du myocarde, à gauche su tout. Là encore, la symptomatologie est pauvre : arythmie, palpitations, dypsnée, élargissement de la matité cardiaque. Livré à lui-même, le kyste évolue vers la rupture dans le péricarde ou les cavités cardiaques. La mort n'est point fatale ; on observe généralemen une échinococcose secondaire, mais la guérison spontanée es possibl dans 12 p. 100 des cas.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic fait, grâce surtout à la radiographie et aux réactions de Weinberg et de Casoni, rien ne s'oppose au traitement chirurgical qui devrait consister en une ponction évacuatrice suivie du formolage de la poche kystique. Ainsi comprise, l'intervention n'a pas encore été pratiquée.

Brunton proposa en 1902 la section du rétrécissement mitral. Cette proposition suscita de nombreuses recherches expérimentales et quelques applications cliniques.

Trois méthodes ont été utilisées chez l'animal.

1° **La section à ciel ouvert de dehors en dedans** (Voy. Hacker, Tuffier, Carrel). — Elle nécessite la suspension de la circulation, ce qui en limite singulièrement l'emploi. Elle est restée « un tour de force » sans application pratique.

2° **La section de dedans en dehors par voie ventriculaire** (Schopelmann, Allen, Cushing, Cutler, Beck, etc.). — Par une incision du myocarde, on introduit dans la cavité du ventricule un ténotome courbe que l'on dirige vers l'orifice auriculo-ventriculaire. C'est une méthode aveugle. Seize fois sur cent, la valvule fut « manquée » par Allen. La mortalité chez l'animal est considérable, et cependant, Doyen et Cutler n'ont pas hésité à utiliser cette technique chez l'homme.

3° **La section de dedans en dehors sous contrôle de la vue par voie auriculaire.** — La minceur des parois de l'oreillette permet l'introduction des instruments et leur progression dans les cavités cardiaques. On peut s'aider, à la manière d'Allen, d'un cardioscope éclairant l'instrument et la valvule. Dans ces conditions, Allen a vu opérer 186 animaux sans manquer la valvule une seule fois, avec deux morts opératoires seulement. Usant de la même méthode chez l'homme, il eut cependant un échec.

Le nombre des tentatives opératoires en chirurgie humaine pour des rétrécissements des orifices cardiaques est actuellement de douze. Les résultats sont peu encourageants. Des 12 opérés, 9 sont morts avant la fin de la première semaine ; et des 3 autres un seul a guéri ; encore est-il difficile d'affirmer que l'élargissement réalisé par l'opération au niveau de la valvule mitrale ait été pour quelque chose dans l'amélioration de sa circulation.

La section des rétrécissements valvulaires n'est pas la seule intervention chirurgicale que l'on puisse imaginer dans le traitement des lésions orificielles.

La sténose mitrale est mieux tolérée, semble-t-il, quand elle est associée à une persistance du trou de Botal.

Ficket et Lutembacher ont observé que cette double lésion n'avait pas empêché deux femmes de vivre jusqu'à soixante et un et soixante-quatorze ans, et de mener à bien l'une 7 grossesses et l'autre 11. D'où l'idée de traiter le rétrécissement mitral par la perforation chirurgicale de la cloison inter-auriculaire.

Des essais ont été faits sur des moutons, des chiens et des lapins. L'opération n'a jamais été pratiquée chez l'homme, mais il convient de noter que quelques-uns des animaux ainsi traités ont survécu.

D'autre part, l'expérimentation a montré que la section du péricarde pouvait modifier heureusement les troubles qu'entraînent les lésions valvulaires.

Le sac péricardique joue, vis-à-vis du myocarde, un rôle de soutien. Il fait contrepoids à la pression intracardiaque ; il empêche le cœur de se dilater ; il renforce la faible musculature des cavités droites et les maintient au-dessous de leur maximum de capacité. Ainsi, le cœur du chat enfermé dans son péricarde peut contenir 12 centimètres cubes de sang ; après ouverture du péricarde, il peut recevoir 11 centimètres cubes de plus.

De ces faits expérimentaux, on ne saurait tirer des conclusions toujours applicables à l'homme, car la dilatation cardiaque consécutive à une péricardotomie ne peut être utile que si le cœur est encore capable de réagir et de s'accommoder.

Au surplus, on n'a jamais essayé d'intervention de cet ordre ; mais peut-être un jour sera-t-on tenté de le faire.

La chirurgie des péricardites chroniques. — Il ne s'agit plus ici de vues théoriques, de recherches expérimentales ou d'anticipations audacieuses. Le traitement opératoire des péricardites chroniques constitue un chapitre important de la chirurgie du cœur ; une difficulté persiste cependant : celle du diagnostic.

MÉTHODES OPÉRATOIRES. — En 1895, Weill (de Lyon) propose de débrider les adhérences péricardiques au mo

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ment précis où la symphyse arrivée au stade fibreux échappe définitivement à l'action médicale pure.

Reprise par Delorme en 1913 et 1914, l'intervention « se propose comme but général de détruire les adhérences qui unissent le feuillet pariétal du péricarde à son feuillet viscéral, au cœur ». La cardiolyse doit être précoce.

Weill et Delorme avaient conçu l'opération. Elle fut réalisée par Hallopeau qui trouva peu d'imitateurs.

Actuellement, 8 cas seulement ont été publiés.

Brauer (de Marbourg), frappé de l'importance des signes pariétaux de la symphyse, notamment de la rétraction systolique précordiale, pensa que la résection des cartilages et des côtes éviterait au cœur un travail inutile et dangereux et le remettrait dans des conditions normales de fonctionnement. L'opération de Brauer se répandit rapidement et, en 1910, 27 observations en avaient été publiées.

Pour juger de la valeur de la cardiolyse (Weill-Delorme) et de la thoracectomie précordiale (Brauer), il est nécessaire de considérer d'abord les lésions des péricardites chroniques et leurs conséquences sur le fonctionnement du cœur.

La péricardite chronique, fréquemment rencontrée au cours des autopsies, est, cliniquement, beaucoup plus rare. Elle ne se révèle du vivant du malade, que si elle est suffisamment accusée pour gêner le fonctionnement du cœur.

On la rencontre surtout chez l'enfant et l'adolescent, elle est rhumatismale ou tuberculeuse.

Les lésions sont excessivement variables en étendue comme en profondeur. On note des adhérences partielles et des symphyses totales. Parfois, les lésions s'étendent à distance, au delà du péricarde, dans l'intimité des tissus voisins.

A chacun de ces types anatomo-cliniques, on a voulu opposer une intervention chirurgicale déterminée : aux brides intra-péricardiques, la section de ces brides ; à la médiastino-péricardite avec adhérences pariétales antérieures, la thoracectomie précordiale de Brauer ; aux adhérences péricardo-diaphragmatiques, la phrénicectomie ; à la péricardite calleuse, la péricardectomie de Schmieden.

Indications cliniques. — L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic qu'il faudra étayer sur les observations cliniques, l'examen direct du cœur, l'examen des troubles généraux de la circulation, les épreuves radiologiques. L'erreur sera toujours possible, mais une bonne clinique diminuera considérablement les méprises.

Le problème se compliquera souvent de l'association aux lésions du péricarde, de rétrécissements ou d'insuffisances valvulaires et d'altérations du myocarde.

Le choix des méthodes chirurgicales devra s'inspirer dans chaque cas, non seulement des lésions anatomiques et des signes cliniques, mais encore des difficultés techniques.

La thoracectomie précordiale. — L'opération de Brauer consiste dans une résection portant sur les cartilages costaux, les côtes gauches et éventuellement le sternum. Son but est d'assouplir et de mobiliser la paroi thoracique.

La technique est simple (thèse de Merle d'Aubigné, Paris, 1928).

On utilise de préférence l'anesthésie locale ou régionale, sauf chez l'enfant.

L'incision le plus souvent employée dessine un lambeau rectangulaire à pédicule externe et donne un accès large sur les côtes et leurs cartilages. On a parfois observé une gangrène plus ou moins étendue de ce lambeau.

La résection doit porter sur quatre arcs costaux au moins, du 4e au 7e ou du 3e au 6e, suivant la position de la pointe du cœur. En largeur, elle doit aller, pour chacun des arcs, de l'extrémité sternale du cartilage jusqu'à une distance de 8 à 10 centimètres.

Faut-il faire une résection sous-périostée ou enlever avec l'os le périoste de sa face profonde ? — La conservation du périoste peut entraîner la régénération des côtes et rendre ainsi l'opération inutile. Elle a cependant l'avantage de ne pas exposer à la blessure de la plèvre et à son infection.

Sur 112 observations de thoracectomies précordiales pour symphyse péricardique, il y a eu 4 morts survenues dans les quarante-huit heures et 2 autres morts au cours de la première semaine, soit une mortalité précoce de 5,3 p. 100.

Il s'agit, au total, d'une intervention relativement bénigne, car beaucoup de malades ainsi traités sont en pleine insuffisance cardiaque.

Quels en sont les résultats ? — On ne peut que les juger après un certain temps, un an au moins.

L'intervention est suivie d'ordinaire d'un soulagement subjectif rapide. La respiration est meilleure, la cyanose diminue, les toni-cardiaques reprennent une certaine efficacité, la diurèse est suffisante.

Cette amélioration peut être durable, mais souvent les symptômes réapparaissent et la maladie reprend son cours, d'autant que parfois, un refroidissement, un écart de régime, une nouvelle poussée rhumatismale aggravent l'état du sujet.

En éliminant les 6 morts précitées, le rapporteur signale 31 cas insuffisamment suivis, dont du reste 6 sont probablement des échecs. Restent 65 observations utilisables.

Les survivants après un an sont au nombre de 43.

Parmi ceux-ci : 3 mourront avant la fin de l'année suivante, 4 entre la deuxième et la troisième année ; 5 entre la quatrième et la cinquième.

La phrénicectomie. — Elle ne peut s'appliquer qu'au cas particulier des adhérences cardio-diaphragmatiques.

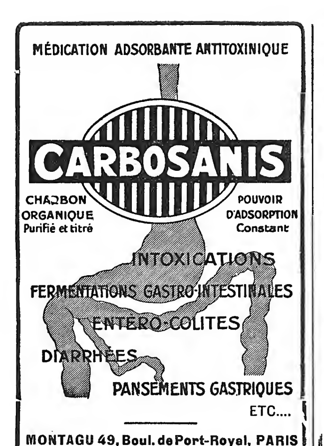
C'est une opération simple et logique. Les quelques rares observations connues sont encourageantes ; mais il importe que le phrénique gauche soit non pas simplement sectionné, mais encore véritablement arraché sur une certaine longueur.

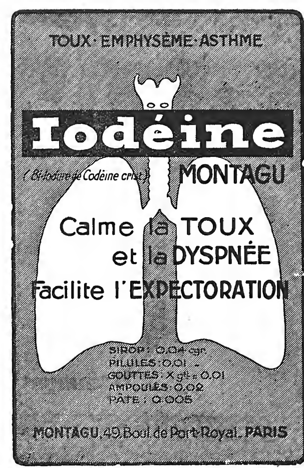
Opérations directes sur le péricarde. — Une question se pose commune à toutes ces interventions : celle de la voie d'accès.

La plupart des auteurs taillent un lambeau de parties molles à base externe, résèquent 3 ou 4 côtes avec leurs cartilages.

Schmieden conseille en fin d'opération, d'extirper le grand pectoral du lambeau ; on obtiendrait ainsi plus de souplesse et les adhérences se reproduiraient moins facilement.

Dans les cas où l'on se propose la libération du bord droit du cœur, il pourrait être utile de pratiquer une


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
(Bi-Iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr
PILULES : 0,01
GOUTTES : X gtt = 0,01
AMPOULES 0,02
PÂTE : 0,005
MONTAGU, 49 Boul. de Port-Royal. PARIS

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

chondrectomie bilatérale portant sur les 8e 4e, 5e et 6e cartilages costaux.

D'autres auteurs ont sectionné le sternum et écarté les deux fragments ; mais il convient dans ces conditions de réaliser une interposition dans la fente sternale pour éviter le rapprochement ultérieur des fragments.

La libération des adhérences intrapéricardiques se fait soit à la sonde cannelée, soit au doigt, quand elles ne sont pas encore organisées.

Dans les péricardites aiguës, la reproduction des adhérences est de règle, et Tuffier se demandait si certaines d'entre elles ne sont pas, par contre, susceptibles de disparaître spontanément.

En cas d'ahérences anciennes, la section instrumentale s'impose.

A la suite d'un échec, après une péricardiolyse, L. Rehn eut l'idée de réséquer la partie antérieure d'un péricarde fibreux dans le but d'empêcher la reproduction des adhérences et de la remplacer par un transplant aponévrotique ou graisseux.

Une telle résection n'entraîne pas de troubles graves. Il s'agit là d'une intervention sérieuse. Pour 12 cas, on compte une mort opératoire, une mort précoce au neuvième jour. Chez l'un des opérés, il y eut une déchirure de l'oreillette droite. Une suture fut pratiquée et le malade guérit.

Au total, les résultats à longue échéance ne sont pas supérieurs à ceux de la thoracectomie. Abstraction faite des 2 morts, on compte pour 10 cas, un échec complet, 4 décès survenus avant la fin de la deuxième année et 3 succès, dont un seul a été constaté après plus d'un an.

Volhard s'est montré plus audacieux. Il a préconisé la décortication du cœur, la péricardectomie viscérale. Cette suppression des deux feuillets péricardiques n'est jamais pratiquement totalement réalisée. Schmieden conseille pourtant de ne s'arrêter que lorsqu'on voit partout la couleur de la fibre musculaire cardiaque. Il faut « peler le cœur comme une orange » ; il faut « détacher l'une après l'autre les couches calleuses comme les écailles d'un oignon ».

On conçoit qu'il s'agit là d'une intervention délicate qui expose aux pires accidents. Bigger la considère comme une opération « formidable ». 47 cas publiés comportent 10 décès immédiats et 2 dans la semaine, soit une mortalité précoce de 25,5 p. 100.

Les accidents le plus souvent observés sont la blessure de la plèvre, la déchirure d'une cavité cardiaque ou de la veine cave, les troubles graves du rythme cardiaque allant jusqu'à la fibrillation, la dilatation aiguë du ventricule droit.

Cependant, si la péricardectomie est grevée d'une mortalité immédiate impressionnante, il faut reconnaître que lorsque le malade peut la supporter, il acquiert des chances de guérison complète et durable que ne saurait promettre la thoracectomie.

La thoracectomie précordiale dans les cardiopathies autres que la symphyse péricardique. — L'idée première de cette opération est due à Treupel, qui confia à Bockenheumer un malade de vingt-neuf ans atteint d'une énorme hypertrophie du cœur avec souffle systolique mitral et souffle diastolique aortique d'origine rhumatismale (1904).

Une semblable tentative fut faite en France (1908) par Tuffier, puis Delagenière, Vaquez, Delbet, Nobécourt, Broca et Leriche.

L'indication essentielle est dans la disproportion entre le volume du cœur et les dimensions de la cage thoracique. C'est surtout dans les déformations accusées du thorax « en entonnoir » qu'une intervention chirurgicale de ce genre peut être utile.

Meyer, Sauerbruch et Ombrédanne ont ainsi obtenu des résultats intéressants. La gravité opératoire est certainement plus grande dans ces cas de « gros cœurs » que dans les cas de symphyse péricardique. Sur 23 opérés, 12 sont morts avant la fin de la première semaine, soit 52 p. 100, dont 5 des suites opératoires immédiates.

Cependant, des améliorations ont été observées et Tuffier, Vaquez, Delbet ont eu 2 succès indiscutables.

Chirurgie des nerfs du cœur.

Résumé du rapport de M. Leriche (de Strasbourg).

L'étude de la physiologie du cœur donne à penser qu'il est possible d'instituer pour tout un département de la pathologie cardiaque, une thérapeutique chirurgicale efficace.

Les affections considérées ne sont que la conséquence des maladies coronariennes, lesquelles évoluent du reste à la façon des maladies des artères des membres. Les auteurs ont été ainsi amenés à vérifier si les modes de traitement qui ont fait leur preuve au niveau des membres étaient également de mise au niveau du cœur.

Leur travail comprend cinq chapitres.

I. **Position de la question et hypothèse.** — On observe couramment, aux membres inférieurs notamment, des troubles vaso-moteurs *sine materia*, dans l'état actuel de nos connaissances, et des artérites. Ces dernières, particulièrement intéressantes, engendrent trois variétés de phénomènes :

a. Des manifestations ischémiques avec nécroses parcellaires dans les muscles ;

b. Des insuffisances circulatoires au moment où les muscles entrent en fonction ;

c. Des troubles vaso-moteurs relevant d'une certaine perversion de l'innervation sympathique au niveau d'un segment artériel oblitéré.

Dans la plupart de ces états, les interventions portant sur le sympathique amènent souvent d'extraordinaires rétablissements circulatoires.

Or, l'angine de poitrine, les maladies du rythme cardiaque consécutives à une atteinte du faisceau de His sont également la conséquence d'une artérite oblitérante; et c'est pour cette raison que les auteurs, étudiant expérimentalement la pathologie artérielle et vaso-motrice du cœur, n'ont pas hésité à utiliser, là aussi, les opérations dites physiologiques, s'adressant directement au sympathique.

II. **Etude expérimentale de la pathologie cardiaque d'origine coronarienne.** — Le myocarde est un muscle et, comme tel, demeure soumis aux lois qui réagissent le travail de tous les autres muscles ; c'est ainsi que son activité est fonction de sa circulation. Cette dernière est réglée par la vaso-motricité des vaisseaux coronaires.

Certains physiologistes ont avancé qu'à l'inverse de ce qui se passe ailleurs, le vague est vaso-constricteur au

niveau du cœur et le sympathique vaso-dilatateur.

Leurs expériences sont critiquables. Les auteurs opérant sur un chien vivant à circulation normale ont introduit une canule dans le bout central de la coronaire antérieure et une autre canule dans le bout périphérique. Or, toutes les deux ont donné des tracés exactement superposables à ceux que donne la circulation générale. De plus, ces tracés, sous l'effet d'une excitation nerveuse, accusent des variations identiques à celles que présente, dans les mêmes conditions, la circulation générale.

On peut donc conclure que le sympathique est vraiment le vaso-constricteur des coronaires ; et l'on conçoit quelle importance cela peut avoir du point de vue de la physio-pathologie et du traitement de l'*angor pectoris*. A vrai dire, il existe d'autres modes de régulation du travail du cœur, tels que ceux qui relèvent des nerfs de Cyon et de Hering.

Mais les auteurs ont mis en évidence le rôle de l'appareil sensitif du cœur, en injectant des solutions physiologiques contre la face interne du péricarde, contre l'épicarde et même contre l'endocarde. Ces manœuvres, dans l'ensemble, ont engendré des réflexes dépresseurs, sauf au voisinage de l'aorte.

Il existe donc, semble-t-il, une régularisation automatique du cœur par la mise en jeu des nerfs sensitifs du myocarde. Ces réflexes emprunteraient surtout la voie du sympathique et seraient déchenchés par de minimes distensions des cavités cardiaques. Ainsi s'expliqueraient certaines crises d'angor survenant en l'absence de toute lésion coronarienne appréciable.

Il convient de rappeler que le cœur, les coronaires et l'aorte présentent une sensibilité douloureuse intense. Singer a montré que l'ablation des adventices aortique et coronarienne supprimait toute sensibilité aux excitations ; qu'après l'exérèse du ganglion étoilé gauche, les excitations demeuraient habituellement sans effet et que, s'il persistait une certaine sensibilité, celle-ci disparaissait par l'ablation du ganglion étoilé droit ; enfin, que la section du vague ne supprimait jamais cette sensibilité.

On peut donc conclure que la sensibilité corono-aortique demeure nettement sous la dépendance du sympathique.

La fonction de centre réflexe du ganglion stellaire et des éléments ganglionnaires du plexus cardiaque a été niée par certains ; cependant, François Franck, Courtade, Guyon, Laignel-Lavastine et les rapporteurs à leur tour, l'ont établie expérimentalement. Du point de vue pathologique, il y a à cela une importance considérable pour qui veut saisir le mécanisme de l'angine de poitrine.

Les auteurs décrivent une série de phénomènes observés après ligature des coronaires.

Leurs expériences ont porté sur la coronaire antérieure du chien, sur le tronc primitif, entre l'origine aortique et la naissance des deux branches terminales, sur la branche descendante avant la première collatérale, soit au-dessous de celle-ci, soit très bas.

Pendant longtemps un grand nombre de ligatures hautes, toutes celles portant sur le segment d'origine, la plupart de celles portant sur le second segment furent suivies de mort par fibrillation. Plus tard, cet accident ne se produisit plus qu'exceptionnellement.

Au contraire, les ligatures faites au niveau de deux autres segments ont presque toujours été suivies de guérison.

Chez les animaux ayant survécu on a constamment observé consécutivement à la ligature du segment d'origine et du second segment, un infarctus du myocarde, qui s'est rompu parfois dans le péricarde, après trois ou quatre semaines.

En cas de ligatures basses, le cœur à l'autopsie présentait un aspect normal ou légèrement scléreux au voisinage de la pointe.

Au total, ces expériences montrent qu'après ligature des coronaires, deux accidents peuvent se produire : l'un, fonctionnel, toujours mortel : la fibrillation suivant presque uniquement les ligatures hautes ; l'autre, anatomique, constant : l'infarctus du myocarde ou la sclérose juxta-apexienne.

Elles montrent aussi, ces expériences, que, lorsqu'il y a une lésion anatomique, celle-ci est toujours très limitée et n'intéresse jamais la totalité du territoire correspondant à la distribution du vaisseau oblitéré. Cela donne à penser que la circulation coronarienne n'est point terminale, mais au contraire richement anastomotique.

Ce fait étant discuté par les classiques, les rapporteurs ont repris l'étude de la question en réalisant une série d'expériences.

a. Sur des cœurs normaux et sur des cœurs à aorte liée, ils ont injecté des masses opaques susceptibles de donner une image radiographique. Invariablement, une injection poussée par la coronaire gauche est venue remplir le système de la coronaire droite quand aucune ligature n'avait été pratiquée. Dans le cas contraire, les auteurs ont toujours vu la masse opaque remonter à contre-courant jusqu'au niveau de la ligature.

Anatomiquement, la circulation collatérale existe donc.

b. Sur le chien vivant, une canule fut introduite dans le bout périphérique d'une coronaire antérieure liée et sectionnée pour mesurer la valeur de la circulation collatérale.

Toujours, dans ces conditions, les auteurs ont trouvé en aval de la ligature une pression positive moitié de la pression carotidienne.

c. Ils ont enfin étudié à l'électrocardiographe les résultats de la ligature de la branche descendante de la coronaire antérieure.

Un électrocardiographe fixé avant, puis de suite après la ligature, puis au bout de six mois, puis au bout de vingt-quatre mois, a montré la disparition progressive des signes causés par la ligature.

C'est ainsi que, chez deux chiens, l'électrocardiographe s'est montré normal deux ans après la ligature alors qu'immédiatement après elle, il présentait les signes classiques de l'oblitération coronarienne. Le territoire ischémié se revascularise donc avec le temps d'une façon suffisante.

Peut-on par des opérations sympathiques favoriser le rétablissement de la circulation anastomotique coronarienne ? Il semble que oui, mais les expériences réalisées par Leriche et Herrmann sont encore trop peu nombreuses pour permettre une conclusion.

Trois points particuliers concernant la pathologie coronarienne ont encore été étudiés expérimentalement :

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

1. La fibrillation ne suit pas immédiatement la ligature. Elle est évitable par une grande minutie opératoire même en cas de ligature du tronc principal. L'ischémie n'apparaît donc pas comme « la condition provocatrice directe de la fibrillation ». Toutefois, il faut noter que, la ligature faite, et la fibrillation ne se produisant pas, une excitation quelconque du cœur, de ses vaisseaux ou de ses nerfs, ou même de la paroi thoracique, peut la déclencher aussitôt. La fibrillation serait donc le résultat d'un réflexe surajoutant son action de déséquilibre à l'influence prédisposante de l'ischémie.

2. Consécutivement aux ligatures pratiquées expérimentalement, s'installent des troubles du rythme cardiaque bien connus depuis les travaux de Th. Lewis et Smith. Mais ces troubles disparaissent à la longue sans laisser de trace.

3. Du reste, ces ligatures entraînent également des ésions anatomiques : des infarctus et des scléroses du myocarde.

Les infarctus sont de petites dimensions et présentent une tendance nette à la rupture.

La sclérose apparaît sous forme de petites taches déprimées et blanchâtres se localisant vers la pointe du cœur ou la face antérieure du ventricule gauche.

III. **Des divers procédés chirurgicaux susceptibles d'être appliqués aux maladies du cœur d'origine vasculaire.** — Le premier de ces procédés permettant le blocage momentané des réflexes vaso-constrictifs presseurs et douloureux est l'infiltration novocaïnique du ganglion étoilé. Il se produit un syndrome de Claude Bernard avec vaso-dilatation active de l'hémiface et de l'oreille et du membre supérieur. Son action se fait sentir sur le cœur et les poumons, puisque parfois s'arrêtent instantanément crises d'angine et crises d'asthme.

D'autres procédés modifient définitivement l'innervation aortique ou la vascularisation du myocarde ; ce sont :

La section du dépresseur ;

La ramisection cervicale basse avec ablation du segment sus-stellaire du sympathique cervical ;

L'ablation de la chaîne arsico-thoracique ;

L'ablation isolée de l'étoilé ;

L'ablation des deux ou trois premiers ganglions thoraciques ;

L'artériectomie segmentaire.

IV. **Conditions cliniques d'application des procédés chirurgicaux à la pathologie cardiaque d'origine coronarienne.** — Trois sortes de phénomènes sont à considérer :

1° Des phénomènes d'ischémie absolue localisée ;

2° Des phénomènes d'ischémie relative ;

3° Des troubles d'innervation sympathique.

Il faut examiner ces différents éléments.

ANGINE DE POITRINE. — Pour en comprendre le mécanisme, il faut songer aux faits suivants :

a. L'excitation de la région cardio-aortique provoque chez le chien des phénomènes vaso-constricteurs que supprime la cocaïnisation de la région.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

b. La stimulation directe des filets sympathiques produit une vaso-constriction coronarienne.

c. L'excitation des parois coronariennes et de la paroi aortique provoque de grandes réactions douloureuses.

d. La piqûre de l'étoilé peut provoquer chez l'homme sain une crise d'angine, et son anesthésie peut arrêter cette crise.

e. Une série d'opérations sympathiques supprime de façon durable l'angine de poitrine et guérit la maladie, si celle-ci n'est pas causée par une oblitération coronarienne.

La crise angineuse apparaît donc comme un trouble fonctionnel réflexe greffé sur un terrain artéritique et déclenché par l'atteinte des éléments d'innervation. Il s'agit d'une crise vaso-constrictive coronarienne identique à la maladie de Raynaud.

Du reste, les résultats de la thérapeutique chirurgicale sont en faveur de cette conception.

En quoi peut consister cette thérapeutique ?

On peut faire une anesthésie de l'étoilé au moment de la crise, puis, plus tard, à froid, soit la section du dépresseur, soit l'ablation sus-stellaire, soit l'ablation cervico-thoracique du sympathique ou l'ablation isolée de l'étoilé.

CLAUDICATION INTERMITTENTE DU CŒUR. — Elle semble répondre à une insuffisance du débit coronarien dans l'effort.

Contre ce trouble nous ne pouvons rien, si ce n'est supprimer la douleur. Mais les malades traités n'en restent pas moins des infirmes.

L'INFARCTUS. — Nous pouvons agir préventivement par sympathectomie. Améliorant ainsi la circulation propre du cœur, nous éviterons dans une certaine mesure la nécrose ischémique. L'infarctus installé, nous pouvons infiltrer le ganglion étoilé : procédé antalgique et vaso-dilatateur.

TROUBLES DU RYTHME. — Si ceux-ci dépendent d'une lésion des coronaires et s'il est exact que les sympathectomies stellaires font de la vaso-dilatation myocardique, il serait indiqué d'opérer précocement en cas de troubles du rythme, puisque ceux-ci sont l'indice précoce d'une lésion artérielle qui tuera un jour ; à plus forte raison, chez les malades atteints de tachycardie paroxystique, puisque la double stellectomie a complètement guéri un des malades de l'auteur.

De même, la maladie de Stokes-Adams doit être traitée chirurgicalement en raison de sa gravité et du caractère dramatique des crises syncopales qui la caractérisent.

Dans un dernier chapitre, le rapporteur considère les résultats déjà obtenus avec la section des nerfs du cœur et les ablations ganglionnaires.

Il expose sa statistique et celle de tous les chirurgiens qui ont répondu à son appel.

De cet exposé, on peut conclure que la preuve de l'efficacité du traitement chirurgical est faite. Les résultats seront meilleurs et plus constants quand on saura choisir judicieusement dans chaque cas considéré l'opération vraiment indiquée. Encore faudra-t-il s'efforcer de pratiquer l'intervention sans brusquerie, avec un souci continuel de ménager des éléments nerveux particulièrement fragiles et excitables.

Dans cet ordre d'idées, l'anesthésie locale est la méthode de choix, car plus que toute autre elle impose la lenteur et la douceur opératoires nécessaires. En bloquant les réflexes d'origine traumatique, elle rend l'intervention plus aisée et moins schokante.

Discussion.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — Angine abdominale. Tachycardie paroxystique. — Blocage du cœur. — M. DANIELOPOLU (de Bucarest). — La méthode en question (sympathectomie cervicale sans ablation du ganglion étoilé. mais par section des rameaux communicants de ce ganglion, du nerf vertébral et des branches du vague cervical entrant dans le thorax) a deux principes essentiels :

1° Ne pas toucher au ganglion étoilé ni au tronc du vague ;

2° Sectionner le plus de filets centripètes cardio-aortiques possibles.

La stellectomie à la façon de Leriche paraît à l'auteur dangereuse et inutile dans l'angine de poitrine.

Il la condamne également dans la tachycardie paroxystique et dans le blocage du cœur. Là encore il propose la section des mêmes nerfs que dans l'angine de poitrine.

MM. LIAN et WELTI (de Paris) considèrent que les opérations portant sur le sympathique cervical sont rationnelles dans l'angine de poitrine.

Faut-il, à la façon de Leriche, pratiquer l'ablation du ganglion étoilé, ou se contenter, comme le voudrait Danielopolu, de la section des filets sympathiques ?

Les auteurs pensent que les arguments décisifs seront fournis par l'ensemble de nouvelles recherches que vont susciter les travaux du Congrès.

Des expériences sur le chien ont prouvé aux auteurs que la fibrillation ventriculaire, facilement provoquée par des injections caustiques intramyocardiques, se produit plus tardivement et moins souvent quand on a supprimé les deux ganglions étoilés.

Deux cas cliniques, l'un d'angor par coronarite, l'autre d'angor par insuffisance aortique, ont été traités par Lian et Welti par l'ablation du ganglion étoilé gauche sous anesthésie locale, avec dans un cas la section du nerf cardiaque moyen.

Il n'y eut pas de choc ; la pression se montra même plus élevée après l'opération qu'avant. L'amélioration fut progressive. L'une de ces opérations remonte à sept mois, l'autre à quatre mois. Quelle que soit la technique choisie, il importe de n'employer que l'anesthésie locale d'opérer doucement et lentement.

Une intervention sympathique n'est à envisager que dans les angors organiques. Elle est à écarter dans les cas d'angors fonctionnels survenant en l'absence de toute affection cardio-vasculaire.

Parmi les angors organiques, l'intervention est contre-indiquée dans les cas de grande insuffisance cardiaque ; elle est à différer au cours d'une période d'exacerbation des crises angineuses.

L'indication de choix est représentée par les angors organiques arrivés à une phase stationnaire, ne cédant plus au traitement médical et ne s'accompagnant ni d'une insuffisance cardiaque marquée, ni d'une grande atypie ventriculaire électro-cardiographique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Deux cas d'angine de poitrine opérés par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — M. JACOBOVICI (de Cluj). — Une femme de quarante-cinq ans, syphilitique, présente des accès d'angor que n'influence pas le traitement spécifique. Opérée le 6 avril 1925, suivant la méthode préconisée par Danielopolu, elle demeure actuellement guérie.

Une autre femme du même âge atteinte de crises depuis sa dix-huitième année est opérée le 16 mai 1932, toujours suivant la même technique. Sa guérison se maintient.

Un cas d'angine de poitrine traité par la sympathectomie cervicale bilatérale et à extirpation des plexus lombo-aortique et hypogastrique supérieurs. — M. JIANO (de Bucarest). — Le résultat a été satisfaisant, le malade ayant pu reprendre ses occupations.

La sympathectomie a laissé en place les ganglions étoilés des deux côtés. A gauche, l'exérèse a porté sur le ganglion cervical supérieur et deux nerfs, sans doute le nerf cardiaque supérieur et le nerf dépresseur de Cyon. A droite, le cordon sympathique a été extirpé dans son trajet interganglionnaire.

A noter l'apparition post-opératoire d'une douleur temporo-maxillaire précoce au cours de la mastication et d'un névrome dans la partie supérieure de la région carotidienne.

L'angor était dû à l'irritation produite par des plaques calcaires de l'aorte et des iliaques et par la sclérose périartérielle englobant les éléments nerveux vasculaires.

M. Y. DELAGENIÈRE (du Mans) présente une belle observation de « gros cœur rhumatismal », traité par la péricardiolyse ou thoracectomie large.

Il s'agit d'une malade qui avait subi, antérieurement à l'opération, 90 ponctions d'ascite évacuant environ 700 litres de liquide.

Après l'intervention, de nouvelles ponctions n'évacuèrent plus que 60 litres, espacées sur dix-huit mois.

Les signes de rétrécissement mitral s'amendèrent, et la guérison fonctionnelle se maintient complète depuis deux ans et demi.

A propos de cette malade, l'auteur avait conçu et fait exécuter un « valvulotome » pour traiter le rétrécissement mitral. S'appuyant sur les données des chirurgiens américains et allemands, il établit la possibilité d'utiliser cet instrument pour sectionner les valves de la mitrale rétrécie dans le plan même de leur fermeture, ce qui semblerait permettre la reprise d'un fonctionnement quasi normal.

M. VAQUEZ (de Paris) pense que la chirurgie intracardiaque ne doit pas être abandonnée. Ses indications ne peuvent concerner que les rétrécissements, notamment le rétrécissement mitral et le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Certes, les résultats jusqu'ici ont été négatifs, mais la chirurgie intracardiaque « en appellera un jour ou l'autre de ses revers ». C'est affaire d'expérimentation et de technique opératoire.

La chirurgie des péricardites chroniques se heurte à la

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

difficulté d'un diagnostic précis. Les erreurs sont encore possibles, mais elles sont beaucoup plus rares que jadis, grâce aux méthodes d'examen que nous offre actuellement la radiographie. Un signe a du reste une importance capitale : le relèvement du cœur à l'inspiration, phénomène paradoxal dû à l'immobilisation de l'organe par des adhérences ou à une exagération de son volume.

Au total, l'indication d'une opération est fournie avant tout, dans le cas considéré, par la constatation de la fixité du cœur dans la poitrine, quel qu'en soit le mécanisme.

Les résultats, parfois encourageants, sont le plus souvent décevants, soit du fait d'une généralisation tuberculeuse s'il s'agit d'une péricardite de cette nature, soit du fait d'une déchéance irrémédiable du cœur quand on a attendu trop longtemps pour opérer.

Considérant ensuite le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, l'auteur rappelle qu'après la communication princeps de Jonesco, il fit opérer 4 malades manifestement atteints d'angor par aortite ou coronarite. Dans 2 cas le résultat fut nul ; dans les 2 autres, après une cessation momentanée, on observa une exacerbation extrêmement violente.

Actuellement l'auteur ne ferait plus opérer avant d'avoir essayé les diverses thérapeutiques qui ont donné récemment d'incontestables résultats : extraits musculaires ou endocriniens en injections locales.

M. Jentzer (de Genève) communique deux observations. La première concerne une péricardite d'origine traumatique due à une infection exogène par balle de Flobert. La présence de caillots sanguins infectés dans le péricarde a provoqué un début de symphyse.

Cette observation est peu fréquente, les symphyses ne n'observant qu'après suppuration du péricarde. Elle corrobore celle de Schmieden qui a observé une adhérence phréno-péricardique chez un homme qui avait été péricardotomisé un an auparavant pour un épanchement purulent — et celle de Mattison qui a vu une symphyse totale deux ans après une péricardite suppurée et drainée.

La seconde observation a trait à une jeune fille de vingt ans, atteinte à la fois d'une insuffisance et d'un rétrécissement aortiques et d'une symphyse cardiaque. L'auteur pratiqua une opération de Brauer. La malade mourut un an plus tard par insuffisance pulmonaire liée au rétrécissement mitral. Elle fut cependant tellement améliorée subjectivement et objectivement que sa famille la croyait guérie.

M. de Quervain (de Berne) rapporte l'observation de deux malades chez lesquels il a pratiqué une cardiolyse pour péricardite chronique.

Il s'agit là d'une intervention particulièrement émouvante, mais qu'il ne faut pas hésiter à poursuivre jusqu'au résultat satisfaisant.

Il faut savoir s'arrêter seulement quand on a l'impression d'avoir « pelé » suffisamment le myocarde. Cette impression, on l'éprouve quand, battant librement, sans la moindre gêne, le cœur se montre « reconnaissant ».

Ont également pris la parole au cours de la discussion : MM. Paschoud, Guiliani, Pezzi, Alessandri et Sec-maker.

(A suivre.) Dariau.

REVUE DES CONGRÈS

VIIIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE (1)

La VIIIe Conférence de l'Union s'est tenue en Hollande, du 6 au 9 septembre, avec séance inaugurale et les deux premières séances de travail à La Haye, la troisième à Amsterdam, sous le haut patronage de S. M. la Reine-Mère, qui, pour témoigner de son intérêt à la lutte antituberculeuse, qu'elle a toujours protégée dans les Pays-Bas, est venue assister personnellement à la séance d'ouverture, accompagnée du prince consort.

La présidence effective avait été donnée au professeur Nolen, un des doyens de la lutte antituberculeuse, succédant au professeur Frölich, d'Oslo, qui présidait la précédente conférence en Norvège.

Le Comité exécutif était présent : le professeur Léon Bernard, secrétaire général ; le Dr Humbert, secrétaire général adjoint ; M. E. Mirabaud, trésorier, et MM. le professeur Calmette, Dr Hamel, professeurs Opie et Paolucci ; seul, sir Robert Philip, l'éminent phtisiologue d'Édimbourg, n'avait pu venir.

La séance d'ouverture a eu lieu dans la Chambre des Seigneurs de Rodderzaal, le vieux château fort qui date du XIIIe siècle et occupe le centre de Binnenhof. En dehors des allocutions officielles de bienvenue, elle comportait un intéressant discours du professeur Léon Bernard, qui a remémoré les étapes de l'histoire de la tuberculose en rappelant, à propos du cinquantenaire de Robert Koch, célébré cette année même, tout ce que la phtisiologie devait, après Villemin, à ce savant qui avait appliqué les méthodes pasteuriennes à l'étude de la tuberculose ; il a rappelé tout ce que la thérapeutique devait à Forlanini, l'inventeur du pneumothorax artificiel.

***

La première séance a été consacrée à l'étude des **Réactions entre l'allergie et l'immunité**, qui faisaient l'objet d'un rapport du professeur Bordet, de l'Institut Pasteur de Bruxelles. Celui-ci, dans son *Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses*, a défini ainsi l'allergie: « un état d'hypersensibilité véritable, de réceptivité considérablement accrue à l'égard des sécrétions microbiennes ».

Par définition, l'*allergie* « est une propriété acquise ». « Le phénomène de Koch, dont Calmette a été l'un des premiers à saisir et à préciser la signification, est précisément la réaction allergique. » Celle-ci est nettement capable d'entraver l'implantation et la résorption des bacilles lors d'une réinfection ; mais il n'est pas prouvé que le mécanisme dont elle dépend intervienne très activement dans la stérilisation des foyers déjà constitués. »

Contrairement à l'anaphylaxie, l'allergie, décelable par la cuti-réaction, n'est pas transmissible passivement par injection dans un organisme neuf du sérum d'un sujet allergique.

Un fait important signalé par Sanarelli et Shwartzman est le phénomène de parallergie (sensibilisation pour une autre infection microbienne — infection de vibrion cholérique et sensibilisation au coli, que Paul Bordet a vérifiée pour le BCG et le bacille coli), mais ce phénomène n'explique pas le mécanisme de la réaction allergique dans la cuti ou l'intradermo-réaction ; d'ailleurs « la barrière créée par l'allergie n'est pas infranchissable », par conséquent l'allergie est différente de l'immunité et ne lui est pas parallèle. Les co-rapporteurs : Aldershoff, Lyle Cummins, Daranyi, R. Debré, Jensen, Kimla, Bruno Lange, Ottolenghi, Wallgren, Charles White, sont arrivés à une opinion qui concorde avec celle de Bordet : l'anaphylaxie n'est pas parallèle à l'immunité et est une propriété différente.

Lyle Cummins rapporte des faits particulièrement intéressants. Une enquête chez les nègres employés dans les mines de l'Afrique du Sud montre que l'incidence de la tuberculose clinique est trois fois plus fréquente chez les sujets qui présentent une cuti-réaction très positive que chez ceux qui en présentent une négative ; on peut en conclure que, dans certaines conditions, une allergie marquée peut être acquise sans qu'il se développe une immunité correspondante. Debré insiste sur le fait que l'enfant inoculé au BCG manifeste l'acquisition d'une forte immunité, tandis que la réaction allergique reste faible et demande pour se produire une forte sollicitation.

Arvid Wallgren a constaté que « les enfants sensibles à la tuberculine ont une résistance plus élevée à l'égard des infections tuberculeuses exogènes nouvelles », mais que « du degré de sensibilité à la tuberculine, il est impossible de tirer des conclusions relatives au degré de la résistance spécifique ou de l'hypersensibilité ».

William Charles White a observé que l'injection interstitielle de certaines substances extraites du bacille tuberculeux provoque chez certains animaux et dans certains tissus des réactions inflammatoires aiguës, mais qu'elles varient suivant l'espèce animale. La cuti-réaction en effet est intense chez le cobaye, le veau et l'homme, mais manque chez le rat et le lapin ; chez l'animal tuberculeux, ce sont certaines protéines et certaines polysaccharides extraites du bacille qui provoqueraient la fièvre. Il espère donc qu'une étude chimique plus complète des éléments constitutifs du bacille de Koch permettra de neutraliser efficacement certains symptômes et de renforcer l'immunité à la tuberculose.

La deuxième séance a été consacrée à l'étude de la **Chrysothérapie**, à laquelle le professeur Sayé, de Barcelone, a consacré un volumineux et intéressant rapport.

L'auteur a traité 342 malades ; ses statistiques portent sur 211 malades traités à la fois par la sanocrysine et la collapsothérapie pendant une période d'au minimum trois ans et jusqu'à sept ans, et sur 144 cas traités seulement par la sanocrysine.

Il obtient des guérisons apparentes dans une proportion de 55 à 70 p. 100 des cas ; il a observé des récidives dans 11 p. 100 des cas, et conclut que la chrysothérapie est indiquée dans les conditions suivantes :

Stades précliniques du processus pulmonaire (?) ;

Stade initial des lésions pulmonaires primaires — quelle que soit leur étendue — avant la production des réactions fibreuses de masses caséeuses très épaisses.

Dans les lésions modérément avancées, l'indication est relative ; dans les lésions évolutives on peut quand même l'employer. Il recommande spécialement son emploi dans la tuberculose infantile.

La chrysothérapie permet, dans la majorité des cas

(1) Association de la Presse médicale française.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'appliquer la collapsothérapie dans de meilleures conditions.

Au point de vue de la posologie, il conseille d'administrer des doses fractionnées de un centigramme par kilogramme au maximum, et de répéter cette dose jusqu'à atteindre 8 à 10 grammes.

De nombreuses et fort belles reproductions de radiographies accompagnent ce rapport, montrant des régressions remarquables de foyers tuberculeux, entre autres, plusieurs cicatrisations complètes de cavernes.

Les co-rapporteurs ont, dans l'ensemble, été moins persuadés de l'efficacité de la sanocrysine — c'étaient MM. Burns Amberson, Ameuille, Bocchetti, Burrell, Knud Faber, Jaquerod, Rencki, Schrœder et Valtis.

Burns Amberson, de New-York, rapporte une expérience faite au dispensaire de Detroit (Michigan), portant sur deux groupes de 12 malades à peu près identiques. L'un d'eux fut soumis à la chrysothérapie (dose totale de 6 grammes en moyenne) ; or, on n'a pas observé de guérison ou d'amélioration plus marquées que chez les 12 autres malades qui n'avaient reçu aucun médicament, et chez certains d'entre eux, on a constaté des aggravations qui paraissent en rapport avec les conséquences de l'aurothérapie.

Ameuille, co-rapporteur pour la France, et qui a traité un nombre considérable de malades, tant à l'hôpital qu'en pratique privée, résumant les opinions exprimées dans notre pays, reste très sceptique sur les effets de la chrysothérapie, et se demande si la proportion des améliorations et des guérisons est plus grande chez les malades traités par l'or que chez ceux qui ne le sont pas ; il conclut qu'en dehors du traitement par le pneumothorax artificiel, dont la valeur est établie par des statistiques indiscutables, toutes les autres méthodes thérapeutiques de la tuberculose bénéficient de notre ignorance sur la fréquence des guérisons spontanées.

Bocchetti, de Rome, conclut que la chrysothérapie est, pour le moment, une méthode accessoire dans le traitement de la tuberculose, avec des indications limitées.

Burrell, de Londres, est du même avis ; il considère que la sanocrysine n'a qu'un rôle limité et qu'elle doit être employée comme traitement auxiliaire.

Knud Faber, de Copenhague, reste très prudent, mais a constaté que la sanocrysine produit dans une plus grande proportion la disparition des bacilles de l'expectoration et augmente la capacité de travail.

Valtis a obtenu des résultats très encourageants avec l'aurothérapie, mais recommande la prudence.

Armand Delille, avec Hechtor, a essayé également depuis deux ans la chrysothérapie chez l'enfant. Il a eu aussi des résultats satisfaisants ; en ne dépassant pas la dose d'un centigramme par kilogramme, il a eu des accidents d'érythèmes très légers et pas de néphrite, mais il considère que le traitement doit commencer par le pneumothorax ou la phrénicectomie, et que les sels d'or ne doivent être employés que comme médication complémentaire.

La troisième séance, qui a eu lieu à Amsterdam, a été consacrée à l'**Assistance post-sanatoriale**, avec le rapport du D[r] Vos, médecin-chef du sanatorium populaire de Hellendoorn (Hollande).

Cet auteur a étudié les malades dont le rétablissement était encore possible, qui travaillaient au sanatorium dans des conditions spéciales de protection (*sheltered employment*). Il s'agit alors d'assistance temporaire. Pour ceux qui présentent de fortes modifications anatomo-pathologiques ou d'importants troubles fonctionnels (dyspnée, troubles du système cardio-vasculaire), le rétablissement définitif de leur capacité de travail est impossible. Ces malades auront besoin d'une assistance permanente.

Il existe un troisième groupe, constitué de cas graves auxquels aucune méthode de traitement ne saurait rendre leur capacité de travail. Ce groupe est exclu.

L'auteur a passé en revue la valeur de la cure de travail telle qu'elle est pratiquée en Hollande et dans différentes stations de rééducation. Il conclut que le problème de l'assistance post-sanatoriale est dominé par la question de savoir quelle est la proportion des malades atteints de tuberculose et incapables de se tirer d'affaire financièrement, qui ont besoin d'être assistés. Ce nombre peut être réduit par suite des progrès de la science médicale, qui permettent de remettre sur pied un nombre de plus en plus élevé de malades qui ont recouvré entièrement et d'une manière permanente leur capacité de travail ; ils sont capables d'une pratique entière de la cure de travail au sanatorium. Pour atteindre ce but, on doit organiser le plus grand nombre possible d'ateliers spéciaux, où les tuberculeux pourront travailler sous la direction de techniciens.

Un certain nombre de malades qui n'ont recouvré qu'une capacité de travail partielle ont besoin d'assistance temporaire. Les ateliers industriels répondent le mieux aux conditions de cette forme d'assistance. Ces ateliers peuvent être associés soit à des sanatoria, soit à des hôpitaux pour tuberculeux.

Aux malades dont la capacité de travail est réduite d'une manière permanente et qui ont besoin d'un contrôle médical constant, on doit recommander l'admission dans une colonie industrielle. La direction de la colonie doit être confiée à un médecin spécialisé en tuberculose, qui travaille en collaboration avec le chef d'industrie.

L'atelier industriel local est le système de choix pour les malades dont la capacité de travail est réduite d'une manière permanente. Toute décision à prendre dans l'intérêt du malade doit dépendre en toutes circonstances et avant tout de l'appréciation du médecin.

Les co-rapporteurs étaient MM. Jules Blanco, Ed. Bresky, Ernst Brieger, Courtois et Olbrechts, Guinard, Nils Heitman, Morelli, Pattison, Stewart, et Harley Williams.

L'important rapport de M. Guinard a exposé les essais faits en France, dans quelques sanatoria : à Bligny, Hauteville, Gorbio, Mombran, Ris-Orangis, Franconville.

Presque tous les co-rapporteurs concluent à la nécessité de permettre aux tuberculeux valides de pourvoir personnellement à leur subsistance tout en continuant à se soigner, et ils montrent l'utilité d'ateliers de sanatoria ou de véritables sanatoria de travail et, pour le malade guéri : l'adaptation au travail agricole ou horticole.

Cette assistance post-sanatoriale est particulièrement utile pour les malades traités par pneumothorax artificiel, qui sont en grande majorité incapables d'assurer, par leurs propres moyens, l'entretien de la collapsothé-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rapie qui garantit leur stabilisation et leur possibilité de travailler. A. D.

Le Congrès s'est terminé par une visite au dispensaire antituberculeux d'Amsterdam, sous la direction du Dr Heynsius Van den Berg, et par une réception de la Reine-Mère; enfin, par des excursions dans différentes directions avec visite de sanatoria et institutions antituberculeuses.

Au cours du Congrès, les délégués et nos congressistes français ont été très cordialement accueillis et se sont rendus à d'aimables invitations de leurs collègues hollandais.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1932.

M. ZIMMERN lit une notice nécrologique sur M. Jean-M.-E. DOUMER (de Lille), correspondant depuis 1919 dans la quatrième division, sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.

M. BAZY rend compte d'une cérémonie qui a eu lieu dimanche à Chartres, à la mémoire du Dr Maunoury.

Action des eaux sulfatées calciques sur certains mécanismes régulateurs de la pression artérielle. — M. A. DESGREZ présente une note de MM. D. Santenoise, C Franck, L. Merklen et M. Vidacovitch, qui, poursuivant leurs recherches expérimentales sur l'influence des eaux sulfatées calciques vosgiennes, ont étudié l'action de ces eaux sur certains facteurs de régulation de la pression artérielle. Leurs expériences sur le chien chloralosé les amènent à conclure que l'ingestion d'eau de Vittel-Hépar et de Contrexéville-Pavillon fraîchement tirée, augmente la sensibilité et l'efficacité des réflexes dépresseurs issus des zones réflexogènes carotidiennes, ainsi que l'action tonique frénatrice permanente de ces zones ; elle occasionne donc une augmentation de la sensibilité et de l'efficacité des réactions de l'organisme contre les poussées d'hypertension ; ainsi est éclairée la notion clinique de l'efficacité des cures sulfatés calciques dans le traitement de certains états d'hypertension, en particulier chez les sujets pléthoriques.

Autres communications :

M. DELBET lit une note sur la mortalité par cancer à Kasz el Aissé.

M. Léon BERNARD apporte de nouveaux documents sur la vaccination antidiphtérique.

M. SERGENT communique un travail de M. Carlos Bouorino Udaondo, président de l'Académie de médecine de Buenos-Aires, sur les oscillations du métabolisme basal pendant le cycle menstruel.

— Le 8 novembre, l'Académie de médecine fêtera son vénéré doyen, M. Guéniot, à l'occasion du centième anniversaire de sa naissance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre 1932.

Étude des bilans calciques. Nécessité de l'institution d'une ration calcique alimentaire « physiologique ». Action décalcifiante de l'insuline. — MM. LANGERON, M. PAGET et V. CORDONNIER (de Lille), d'après leurs recherches sur les bilans calciques dans diverses affections, estiment que la calcémie est indépendante du sens du bilan ; on peut faire varier le sens du bilan chez un individu normal en faisant varier la ration calcique alimentaire : quand cette ration est supérieure à la normale, l'individu retient du calcium (bilan positif) ; quand elle est inférieure à la normale, il en élimine davantage (bilan négatif). D'où la nécessité, pour l'épreuve d'un bilan calcique, de donner la ration physiologique que l'on peut fixer à 1 gramme par jour environ. Les auteurs signalent l'action fixatrice de la radiothérapie et de l'extrait parathyroïdien, l'action décalcifiante de l'insuline.

Zona et varicelle. — M. LOUIS QUERMONNE (de Caen), à l'appui de la conception de M. Arnold Netter, relate trois observations recueillies de 1891 à 1895, dans lesquelles on relève la coïncidence du zona et de la varicelle chez deux sujets. Il a observé l'apparition de la varicelle chez un enfant de douze à quatorze jours après un zona de sa mère.

Radiographie vingt ans après un pneumothorax artificiel pour tuberculose chez une malade guérie. — M. H. DUFOUR, montre la radiographie des poumons d'une tuberculeuse guérie à la suite d'un pneumothorax artificiel à vingt ans. Il s'agissait d'une lobite du sommet gauche, avec 39° de température. Cette malade reçut 19 insufflations en dix mois de temps; très rapidement l'état pulmonaire s'améliora.

La malade, âgée actuellement de cinquantre-quatre ans, est cliniquement guérie. La radiographie faite récemment montre une attraction du cœur et du médiastin dans l'hémithorax gauche atrophié et un obscurcissement du sommet gauche. L'auteur pense qu'il ne faut pas attacher une importance absolue, dans le critérium de guérison, au lavage des radiographies. La suppression des autres signes cliniques et des bacilles conserve toute sa valeur.

Poids du sang et tension artérielle. — M. H. DUFOUR rappelle que la viscosité du sang a fait l'objet de travaux importants mais que le poids du sang n'a pas suffisamment retenu l'attention des médecins, et cependant la pesée du sang permet d'éclairer bien des problèmes relatifs à la tension artérielle. L'auteur indique une technique simple de mesure de cette densité.

L'auteur a pesé plus de 100 sangs en dehors des néphrites confirmées et d'états de dénutrition accentués ; à part quelques exceptions souvent explicables, la tension s'élève avec le poids du sang. Si donc le sang est lourd, le travail du cœur sera plus considérable ; dans ces conditions, on conçoit qu'au bout d'un certain temps le myocarde s'hypertrophie et la tension monte. Sans retirer de leur importance aux facteurs déjà invoqués pour expliquer l'hypertension, le poids du sang joue un rôle de premier ordre. Il permet de comprendre l'hypertension solitaire essentielle, à la condition que, remontant plus haut dans la pathogénie de la maladie, on envisage derrière la lourdeur du sang, le ou les troubles humoraux qui conditionnent son poids. La recherche du poids

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

du sang est aussi utile pour les médecins que la prise de la tension, car il est des cas où les formules précédentes, étant inversées (sang lourd et tension peu élevée), sonnent le cloche d'alarme.

M. TZANCK, demande si l'auteur a étudié la tension de la circulation de retour ; ses modifications sont peut-être à l'origine de l'augmentation de densité du sang.

L'étude des viscères abdominaux par le martelage de la paroi. — M. HAYEM préconise l'emploi d'un marteau percuteur, qu'il a fait construire à cet usage, pour déterminer la configuration des viscères, ceux de l'abdomen et notamment de l'estomac. Il préfère la plessimétrie sur une plaquette de celluloïd à la percussion digitale tant pour l'étude de la cavité thoracique que pour celle de la cavité abdominale. Il remarque enfin que le martelage facilite le transit intestinal.

Maladie rhumatismale et maladies infectieuses. — M. H. GRENET discute la nature des manifestations articulaires qui surviennent au cours ou dans la convalescence des diverses maladies infectieuses, et principalement de la scarlatine. Ne s'agit-il pas, dans certains cas, d'un rhumatisme vrai et non pas d'un pseudo-rhumatisme ? Quatre observations permettent de poser de nouveau la question : 1° Scarlatine; vingt-quatre jours après la défervescence, angine rouge, suivie au bout de huit jours de rhumatisme, puis d'endocarditre mitrale ; 2° Scarlatine chez un ancien rhumatisant ; une semaine après la défervescence, fièvre, puis angine et endopéricardite ; 3° Scarlatine; persistance d'une température élevée le dixième jour ; arthrite des deux poignets, endocardite mitrale, bradycardie ; 4° Fièvre typhoïde ; recherche, puis nouvelle période de fièvre irrégulière ; pâleur extrême, tachy-arythmie, souffle systolique mitral, frottement péricardique, bruit de galop, quelques arthralgies; action immédiate du salicylate de soude.

Dans ces observations, s'il n'y avait la notion d'une scarlatine ou d'une fièvre typhoïde, on n'hésiterait pas à parler du rhumatisme vrai. L'auteur souligne les caractères qui permettent de distinguer le rhumatisme vrai et, notamment, l'action du salicylate de soude. Il reconnaît d'ailleurs que, à côté du rhumatisme vrai, le pseudo-rhumatisme est fréquent au cours des maladies infectieuses, mais comporte des caractères différents.

M. NETTER a observé au cours d'une scarlatine des manifestations tout à fait semblables au rhumatisme articulaire aigu, et une chorée; il pense que bien souvent il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu véritable survenant au cours de la scarlatine.

M. HAYEM souligne l'intérêt diagnostique d'un réticulum comparable à celui de la pneumonie.

M. MILIAN ne s'étonne pas de ces faits, car la scarlatine est une des affections qui déclenchent le plus d'infections secondaires biotropiques. Mais il croit à l'existence d'un rhumatisme scarlatin dont il a observé des formes frustes, avec érythème scarlatiniforme et arthralgies, au cours du traitement antisyphilitique.

M. CATHALA souligne l'intérêt de la notion, d'ailleurs classique, de l'existence de cas de rhumatisme articulaire aigu au cours de la scarlatine. Mais il pense que ce n'est qu'une exception, car au cours du rhumatisme scarlatin on n'observe jamais d'endocardite durable.

M. LAUBRY montre l'importance du rhumatisme articulaire aigu dans la genèse des lésions valvulaires. même quand les arthralgies surviennent au cours d'une autre maladie infectieuse (fièvre typhoïde, gonococcie).

M. PARAF a observé des cas d'endocardite au cours du rhumatisme scarlatin, mais le malade a toujours guéri.

M. COSTE partage l'opinion de M. Cathala. La scarlatine peut cependant réveiller un ancien rhumatisme articulaire aigu.

M. HALLÉ a toujours vu échouer le salicylate de soude dans le rhumatisme scarlatin.

M. COMBY a fait les mêmes constatations.

M. GRENET dit n'avoir jamais nié l'existence du rhumatisme scarlatin, mais insiste sur l'existence du rhumatisme articulaire aigu au cours de la scarlatine.

M. MILIAN fait remarquer que dans l'érythème noueux on observe un réticulum comparable à celui de la pneumonie et du rhumatisme articulaire aigu.

Endocardite ulcéreuse et thrombosante cause réelle de gangrène cutanée isolée et récidivante. — MM. MAURICE RENAUD et BORDES rappellent qu'ils ont montré le 6 mai dernier à la Société une malade atteinte de rhumatisme chronique qui présentait sur les jambes et les cuisses d'immenses placards de gangrène tout noirs et secs et dont l'état général était pourtant si satisfaisant que la lésion paraissait être toute locale. Les auteurs avaient attribué ces accidents à une endocardite ulcéreuse et thrombosante.

Or, quelques mois plus tard et quand tout semblait rentrer dans l'ordre, réapparurent de nouvelles plaques de sphacèle, accompagnées cette fois par un état infectieux, et la malade succomba au mois d'août par toxi-infection.

L'autopsie montra des lésions infectieuses disséminées, notamment une méningite diffuse séro-purulente, des lésions inflammatoires étendues du poumon avec gangrène, et enfin sur la mitrale, ainsi qu'il avait été prévu, des lésions importantes d'endorcardite avec ulcération et thrombose.

Les auteurs mettent en relief le caractère insidieux de ces endorcardites qui ne guérissent que rarement d'une façon complète, qui ont si souvent une physionomie bien plus estompée que ne fait croire leur appellation d'endocardite maligne. où l'absence de signes cardiaques est la règle et qui sont pourtant si fréquentes qu'on ne pense jamais assez souvent à elles.

Le diagnostic des tumeurs ponto-cérébelleuses et de la syphilis protubérantielle. — M. A. SÉZARY rapporte les observations de deux malades non syphilitiques atteints d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux chez lesquels l'examen du liquide céphalo-rachidien et le résultat du traitement d'épreuve antisyphilitique en imposaient à tort pour le diagnostic de syphilis protubérantielle.

Dans le premier cas il existait de la leucocytose et de l'hyperalbuminose du liquide dont les réactions de Wassermann et du benjoin étaient positives; de plus, les traitements avaient amené une amélioration, mais toujours relative et passagère. L'intervention montra une tumeur de l'angle.

Dans le second cas les traitements par le novarsénobenzol et par le bismuth institués depuis deux ans ont réduit presque complètement une énorme stase papillaire, amélioré notablement la céphalée, les vertiges,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

surdité. Mais l'amélioration que donne chaque série d'injections n'est que passagère ; il est nécessaire de recommencer le traitement tous les deux ou trois mois. L'opération chirurgicale s'imposera prochainement.

Le président annonce le décès de MM. MIRALLIÉ et GENDRON (de Nantes), membres correspondants de la Société

JEAN LEREBOULLET.

NOUVELLES

Manifestation Valère Cocq. — A l'occasion de son prochain départ de la Maternité de Bruxelles, le professeur Cocq a été l'objet d'une manifestation toute intime de la part de ses collaborateurs et des ses élèves, qui lui ont offert un fort beau portrait. Le professeur Weymeersch, le Dr Roemans et le directeur de la Maternité ont tour à tour exalté sa bonté, son dévouement, sa probité, sa compétence professionnelle et ses qualités didactiques. Voulant reconnaître les éminents services qu'il a rendus durant tant d'années à la classe pauvre, le Gouvernement lui a décerné la Commanderie de l'Ordre de Léopold.

Service sanitaire maritime. — Un décret fixe ainsi les cadres du personnel du service sanitaire maritime :

L'article 1er du décret du 15 octobre 1926 est modifié comme suit :

« Les cadres du personnel du service sanitaire maritime se composent de : 5 emplois de directeurs de circonscriptions ; 2 emplois d'agents principaux (médecins) ; 9 emplois de médecins de la santé ; 14 emplois de capitaines ; 13 emplois de lieutenants ; 2 emplois de mécaniciens ; 4 emplois de gardes principaux ; 30 emplois de gardes ; 1 emploi de patron marinier ; 11 emplois de mariniers.

Ces emplois sont répartis entre les diverses circonscriptions suivant les besoins du service, par décisions ministérielles. »

Cette nouvelle répartition sera effective à compter du 1er janvier 1933.

Internat en médecine des asiles de la Seine. — Un concours s'ouvre annuellement pour huit à dix places d'internes dans les Asiles de la Seine. Avantages : traitement et indemnités diverses (800 à 1 000 francs par mois), logement, nourriture. Débouchés : médecins des Asiles, clinicat des maladies mentales, médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves comprennent une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux et trois épreuves de pathologie : compositions écrites de pathologie interne et externe, question orale d'urgence.

MM. Masquin, chef de clinique, et Q. Trelles, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, traiteront à partir du 15 octobre les questions d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

En ce qui concerne la préparation aux épreuves de pathologie, les candidats sont invités à les poursuivre dans les conférences organisées pour l'internat des hôpitaux.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. (Professeur : ÉMILE SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 5 décembre à 9 h. 30 et se terminera le samedi 10.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales. — Cet enseignement est organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.

Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du *certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales* ;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au *diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.*

I. CERTIFICAT D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

Première partie : Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic. — Décharges dans les gaz. Ionisation. Propriétés fondamentales des rayons X. Rayonnement secondaire. Tubes à rayons X. Mesures. Appareillages. — Radioactivité et corps radioactifs. Radiodiagnostic.

Deuxième partie : Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie. — Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliquée à la thérapeutique. Radiothérapie des affections cancéreuses. Radiothérapie des affections non cancéreuses. Accidents de la radiothérapie en général.

Troisième partie : Electrologie. Photothérapie. — Notions physiques sur les courants employés en électrologie. Electrophysiologie. Electrodiagnostic clinique. Electrothérapie. Accidents de l'électricité. Photobiologie. Photothérapie. Ultra-violet, etc...

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

NOUVELLES *(Suite)*

Le cours commencera le 3 novembre 1932, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation: 60 francs ; un droit de bibliothèque : 40 francs ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours : 250 francs ; un droit d'examen : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis. Le nombre des places est limité.

II. Diplome de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris. — Durée : deux ans.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 francs : 120 francs ; deux droits annuels de bibliothèque à 40 francs : 80 francs ; un droit d'examen : 250 francs.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 28 novembre au 17 décembre 1932, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de : MM. Sebileau, professeur honoraire de clinique oto-rhino-laryngologique ; Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; Lemaître, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur ; Milian, Louste, Sézary, Touraine, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Belot, radiologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Heitz-Boyer, Ch. Richet fils, Jausion, agrégés ; Pinard, Tzanck, médecins des hôpitaux ; Burnier, Dufourmentel, Barthélemy, anciens chefs de cliniques et de radiothérapie ; Wolfromm, Peyre, chefs de clinique ; Giraudeau, chef de laboratoire des agents physique et de radiothérapie ; Flurin, ancien interne des hôpitaux ; Saidman, assistant d'électroradiologie ; Marcel Vignat, assistant de physiothérapie.

Le cours aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 13 h. 30, 14 h. 45 et 16 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au aboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (Radiothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Electrolyse, Haute fréquence, Neige carbonique, Scarifications, Frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours, aux auditeurs assidus.

Programme des cours (57 leçons). — Conduite générale du traitement de la syphilis, M. Gougerot ; Technique des injections intramusculaires, intraveineuses et intrarachidiennes, M. Barthélemy ; Traitement d'attaque de la syphilis, M. Gougerot ; Traitement du chancre syphilitique, M. Milian ; Traitement des syphilis latentes, primaires et secondaires, M. Gougerot ; Traitement de la syphilis tertiaire, M. Sézary ; Traitement de l'hérédo-syphilis, M. Gougerot ; Traitement de la syphilis viscérale, M. Louste ; Traitement de la syphilis nerveuse, M. Gougerot ; Chimiothérapie de la syphilis, M. Levaditi ; Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis. M. Touraine ; Le bismuth dans le traitement de la syphilis, M. Levaditi ; L'arsenic dans le traitement de la syphilis, M. Milian ; Contrôle toxique expérimental des arsénobenzènes, M. Ch. Richet fils ; Accidents des arsénobenzols, M. Milian ; Traitement du chancre mou, M. Pinard ; Traitement de la blennorragie, M. Heitz-Boyer ; Chimiothérapie de la blennorragie, M. Jausion ; Petite chirurgie urinaire, endoscopie, M. Wolfromm ; Protéinothérapie et pronostic de la syphilis, M. Gougerot ; Lutte contre les causes de la syphilis, contre la prostitution, M. Gougerot ; Désensibilisation en dermatologie (autohémothérapie), M. Tzanck ; Malariathérapie, M. Claude ; Traitement des teignes, de la séborrhée, de la pelade, des eczémas du cuir chevelu, M. Sabouraud ; Vaccinothérapie, M. Peyre ; Traitements externes en dermatologie, M. Meyer ; Cryothérapie, M. Marcel Vignat ; Traitement des affections prurigineuses et bulleuses, M. Ragu ; Traitement de l'eczéma, M. Burnier ; Traitement des affections érythémato-squameuses, M. Gougerot ; Traitement des mycoses cutanées, M. Gougerot ; Traitement de la gale et de la phtiriase, M. Milian ; Chirurgie restauratrice de la face, MM. Lemaître, Dufourmentel ; Radiothérapie des dermatoses, M. Belot ; Finsenthérapie, Traitement moderne des varices et ulcères variqueux, M. Meyer ; Radiumthérapie, Courants de haute fréquence, Electrocoagulation, Electrolyse et ionisation, M. Giraudeau ; Pharmacologie dermatologique, M. Gougerot ; Traitement hydrominéral, M. Flurin ; Cosmétique, les teintures, M. Sabouraud ; Applications thérapeutiques de la photosensibilisation, M. Jausion ; Actinothérapie par l'arc polymétallique, M. Saidman.

Un cours semblable a lieu chaque année en juin et en décembre. Un cours spécial sera organisé pour les

NOUVELLES *(Suite)*

élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 3 au 29 octobre 1932 et d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui a lieu du 2 au 26 novembre 1932.

Le droit à verser est de 350 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. — M. le professeur Maurice VILLARET commencera le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 16 novembre 1932, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours au petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie thérapeutique pratique au lit du malade, au centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker, salle Delpech), le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1933.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de cet enseignement.

Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie. — Ces leçons seront faites à l'hôpital Broca, dans les services des Drs Tzanck et Weissenbach, du 3 novembre au 2 décembre 1932, avec le concours des Drs Civatte, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Basch, médecin des hôpitaux ; Bordier, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca ; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. A. Dreyfus, M. Cord et Le Chartre.

PROGRAMME. — 3 *Novembre.* — M. Tzanck : Classification dermatologique et lésions élémentaires.

4 *Novembre.* — M. A. Dreyfus : Anatomie normale et pathologique de la peau.

5 *Novembre.* — M. Tzanck : Erythèmes et érythrodermies.

7 *Novembre.* — M. M. Cord : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires.

8 *Novembre.* — M. Tzanck : Les séroses (eczéma, urticaire, etc.). Notions des intolérances cutanées. Les prurigos.

9 *Novembre.* — M. Tzanck : Les cytoses résolutives (papules, végétations).

10 *Novembre.* — M. Tzanck : Les cytoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices).

12 *Novembre.* — M. Le Chartre : Thérapeutique dermatologique.

14 *Novembre.* — M. E. Sidi : Les dystrophies cutanées.

15 *Novembre.* — M. Civatte : Tumeurs malignes.

16 *Novembre.* — M. Tzanck : Les pyodermites.

17 *Novembre.* — M. Basch : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées.

18 *Novembre.* — M. Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides.

19 *Novembre.* — M. Basch : Chancre mou. Poradénolymphite.

21 *Novembre.* — M. Weissenbach : Syphilis (généralités). Syphilis primaire.

22 *Novembre.* — M. Basch : Syphilis secondaire.

23 *Novembre.* — M. Fernet : Syphilis tertiaire.

24 *Novembre.* — M. Basch : Syphilis viscérale tardive.

25 *Novembre.* — M. Fernet : Syphilis héréditaire.

26 *Novembre.* — M. Weissenbach : Les médicaments de la syphilis.

28 *Novembre.* — M. Weissenbach : Conduite du traitement de la syphilis.

29 *Novembre.* — Mlle Dobkewitch : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles.

30 *Novembre.* — M. Bordier : Blennorragie aiguë.

1er *Décembre.* — M. Bordier : Blennorragie chronique.

2 *Décembre.* — M. Martineau : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

S'inscrire auprès du Dr Martineau, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Chaire d'anatomie pathologique (professeur Gustave Roussy). — I. COURS ET TRAVAUX PRATIQUES. — Le professeur G. Roussy, en collaboration avec MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés, fera cette année, comme l'année dernière, son enseignement théorique en liaison avec les travaux pratiques, afin d'enlever tout caractère doctrinal à cet enseignement qui s'adresse aux élèves de troisième année.

Dans ce but, les élèves seront groupés en six séries, qui recevront chacune un enseignement complet, à raison de quatre séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra :

1° Un exposé succinct d'une des grandes questions d'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales, de projections microphotographiques et cinématographiques ;

2° Des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques faites sous la direction de M. Leroux, agrégé, chef des travaux, par MM. Busser, Delarue, Foulon et Albot, assistants d'anatomie pathologique.

La première série commencerra le 7 novembre, à 15 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique. Les suivantes se succéderont tous les deux mois.

Les élèves pourront compléter cet enseignement en suivant l'un des cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Les cours de perfectionnement suivants auront lieu durant l'année scolaire 1932-1933.

1° ***Premier cours de technique et de diagnostic anatomo-***

NOUVELLES *(Suite)*

pathologiques, par MM. Ch. Oberling, agrégé, et Delarue assistant. — Ce cours a commencé le 6 octobre dernier. Il comprend vingt séances de technique et de diagnostic portant sur les affections médicales (droits : 300 francs).

2° *Deuxième cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. — Ce cours comprend vingt séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les affections chirurgicales. Il aura lieu au mois d'avril 1933 (droit : 300 francs).

3° *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours, de douze leçons, aura lieu au mois de mai 1933 (droits : 250 francs).

4° *Cours sur le cancer*. — Ce cours, qui porte sur l'ensemble des questions biologiques et cliniques touchant au cancer, aura lieu à l'Institut du cancer au mois de juillet 1933. Une affiche détaillée en fera connaître le programme. Les démonstrations théoriques et pratiques seront faites, matin et soir, pendant toute la durée du cours.

III. Cours supérieur. — Ce cours, portant sur des questions anatomo-pathologiques d'actualité, s'adresse aux étudiants en fin de scolarité et aux médecins français et étrangers. Il sera fait par le professeur Roussy, avec la collaboration de MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés, et de MM. Busser, Delarue, Foulon et Albot, assistants. Il comprendra douze conférences (sans inscription).

Cours élémentaire de neuropsychiatrie appliquée à l'enseignement des enfants anormaux. — Le professeur Henri Claude, assisté de MM. les Drs Roubinovitch, Paul-Boncour, Gilbert Robin, Le Guillant, Lagache et Mlle le Dr Serin, commencera ce cours le jeudi 10 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur, et le continuera les mardis à la même heure.

Objet du cours. — Notions générales sur les enfants arriérés. — Les types synthétiques de petits anormaux. — Les maladies nerveuses de l'enfant. — Etude du premier développement neuropsychique et sensoriel de l'enfant. — L'enfant à l'âge scolaire, troubles du développement intellectuel. — Troubles du caractère, de la moralité. — Etiologie des troubles du caractère. — Lutte contre les causes. — Le dépistage des anormaux. — Organisation médico-pédagogique.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — I. Cours du professeur. — M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, commencera son cours, le mardi 15 novembre 1932, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

Objet du cours : Physio-pathologie endocrinienne.

II. Conférences de Pathologie comparée. — Le samedi, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre, MM. L. Panisset et V. Robin, professeurs à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le professeur L. Panisset fera sa première conférence le samedi 19 novembre.

Professeur L. Panisset. — I. Tuberculoses animales. — II. Rage. — III. Charbon. — IV. Morve. Melioïdose. Rouget. — V. Fièvre aphteuse. Diphtérie. Psittacose. — VI. Fièvre typhoïde du cheval. Anémie infectieuse. Dourine. Spirochètes et spirochétoses animales. Tularémie.

Professeur V. Robin. — *Quelques particularités de la pathologie interne des animaux domestiques*. — I. Appareil digestif. — II. Appareil circulatoire et urinaire. — III. Système nerveux. — IV. Nutrition.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Bernard Cunéo commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 8 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre, par le professeur. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Du lundi 10 novembre au samedi 20 décembre, tous les matins, à 8 h. 30 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch et Sénèque, chirurgiens des hôpitaux ; Meillère et Blondin, chefs de clinique, par M. Delalande, ancien chef de clinique à la Faculté et par M. Nicolas, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, lundi, à 15 h. Opérations, jeudi matin, à 9 h. 30 (côté ouest), par M. le professeur Hartmann.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Enseignement sous la direction de M. Fernand Lemaître, professeur.

1° Enseignement magistral (clinique et technique) gratuit, sera donné par le professeur dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière et comprendra : *a*) Une leçon clinique avec présentation des malades, le mardi à 10 heures. Première leçon, le mardi 8 novembre. *b*) Des séances opératoires, les mercredis, vendredis et samedis à 10 heures. Première séance : le mercredi 9 novembre.

2° Enseignement aux stagiaires par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et les chefs de laboratoire. Cet enseignement, gratuit, est réservé aux étudiants en médecine de troisième année inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie, telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades sera fait les mardis, jeudis et samedis à 10 heures. Première séance : mardi 8 novembre (service de la clinique à l'hôpital Lariboisière).

3° Enseignement aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes. *a*) Enseignement d'initiation. Cet enseignement, propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens. — *b*) Enseignement clinique complémentaire, sous la direction du professeur, par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des

NOUVELLES (*Suite*)

instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu l'après-midi. — *c*) Enseignement d'anatomie pratique, en vingt leçons, aura lieu toutes les après-midi; il récédera les cours de chirurgie opératoire. — *d*) Enseignement de perfectionnement chirurgical, qui comprendra : Deux cours pratiques de chirurgie opératoire spéciale, par le professeur et MM. Aubin, laryngologiste des hôpitaux, Maduro et Rémy-Néris, chefs de clinique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire ; ils seront donnés à l'Amphithéâtre des hôpitaux, tous les jours à 2 heures.

4° Enseignement aux spécialistes stomatologistes qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend : *a*) Une leçon clinique, avec présentation des malades par M. Charles Ruppe, stomatologiste des hôpitaux. — *b*) Une séance opératoire, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Pour tous renseignements, consulter les affiches spéciales ou s'adresser à M. Maduro ou à M. Rémy-Néris, chefs de clinique, hôpital Lariboisière.

École d'Ergologie de Bruxelles. — Les cours de l'École d'ergologie (ou Science du Travail) annexée à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, reprendront le 25 octobre, 65, rue de la Concorde à Bruxelles.

Cet enseignement, d'une durée d'un an, — et gratuit — s'adresse spécialement aux ingénieurs, chefs d'industrie et d'administrations, chefs, du personnel, médecins d'usines, inspecteurs du travail, membres du corps enseignant et auxiliaires sociales.

Il comporte *trois divisions* :

1° Orientation professionnelle ;

2° Physiologie et psychologie du travail ; psychotechnique et sélection professionnelle ;

3° Organisation scientifique du travail.

Il est complété, pour les divisions A et B, par des exercices pratiques de laboratoire et de séminaire.

La plupart des cours ont lieu de 17 à 19 heures, et de 20 à 21 heures, pour en faciliter l'accès aux auditeurs.

Pour tous renseignements et inscriptions (à partir du 17 octobre), s'adresser au secrétariat de l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, 65, rue de la Concorde, Bruxelles. Tél. : 12.72.22.

Hôpital Saint-Jacques. — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris XV°, à 18 heures, à partir du vendredi 4 novembre.

Programme des conférences. — M. Picard commencera ses conférences le mardi 8 novembre et les continuera les premier et troisième mardi de chaque mois. Sujet : Matière médicale : pathogénésie et comparaison ; les venins.

M. Bitterlin commencera ses conférences le vendredi 4 novembre et les continuera les premiers et troisième vendredi de chaque mois. Sujet : Clinique homéopathique ; maladies de l'appareil circulatoire.

M. Mouezy-Eon commencera ses conférences le mardi 15 novembre et les continuera les deuxième et quatrième mardi de chaque mois. Sujet : Monographies cliniques et thérapeutiques.

M. Allendy commencera ses conférences le vendredi 25 novembre et les continuera les deuxième et quatrième vendredi de chaque mois. Sujet : Principes et théorie de la thérapeutique homéopathique ; directives générales. L'inscription aux conférences de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuite.

Hôpital Beaujon. — Démonstrations pratiques de radiodiagnostic. — Le samedi 5 novembre et les samedis suivants, à 11 heures, au laboratoire central de l'hôpital Beaujon, MM. P. Aubourg, chef de laboratoire, P. Porcher, chef adjoint, R. Gaillard, M. Mignon et J. Surmont, assistants, feront une conférence de radiologie clinique sur un sujet de pratique courante : présentation de malade, histoire clinique, diagnostic radiologique différentiel. A 11 h. 30, les films intéressants de la semaine seront présentés et commentés.

5 novembre, M. Aubourg : Arthrite chronique de l'épaule. — 12 novembre, M. Surmont : Rétrécissement mitral. — 19 novembre, M. Porcher : Occlusion du grêle. — 26 novembre, M. Ganillard : Ulcère peptique après gastro-entéro-anastomose. — 3 décembre, M. Porcher : Fistules du tube digestif. — 10 décembre, M. Aubourg : Hyperpneumocolie. — 17 décembre, M. Mignon : Forme thoracique de la maladie de Hodgkin. — 7 janvier, M. Porcher : Localisation d'un corps étranger par la méthode de Hirtz. — 14 janvier, M. Mignon : Début d'une tuberculose pulmonaire chez un enfant. — 21 janvier, M. Gaillard : Sinusite frontale. — 28 janvier, M. Surmont : Fibrome utérin, lipiodo-diagnostic.

Physique médicale. — M. le professeur A. Strohl commencera son cours le jeudi 3 novembre à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — 1° Optique ; 2° électrologie ; 3° actinologie ; 4° radiologie ; 5° radioactivité.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiquées à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 24 *Octobre.* — M. Sommillon, Action des extraits placentaires sur les troubles de la ménopause naturelle et provoquée. — M. Garmer, Des phlegmons prostatiques. Leur traitement par voie urétrale. — Mme Delthil, Les conjonctivites de nature anaphylactique.

25 *Octobre.* — M. Paul Maggi, Etude de la vaccination intradermique. — M. Max Petit, Sur les différents procédés de césarienne abdominale utilisés dans les cas impurs. — M. Jean Lerin, La réaction de conglomération de Muller, son application au diagnostic de la syphilis.

27 *Octobre.* — M. Bensimon, Essai sur le comte de Cagliostro, aventurier, philanthrope et guérisseur occasionnel. — M. Chambrin, Organisation de l'hygiène sociale dans le département des Côtes-du-Nord.

Thèses vétérinaires. — 25 *Octobre.* — M. Daintier, Ovariectomie de la jument par le fuyant du flanc. — M. Hant, Production mulassière du Maroc.

NOUVELLES *(Suite)*

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

29 OCTOBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

29 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 13 h. 30. Examen du certificat et diplôme de radiologie et électrologie médicales.

31 OCTOBRE. — *Rennes.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant de chimie à l'École de médecine de Rennes.

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai d'inscription des candidats aux bourses d'études du *Nord médical* et à la fondation en souvenir du Dr Quivy (inscription chez M. le Dr Maurice Renaudeau, 22, rue de Madrid, à Paris).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai de réception des manuscrits pour le prix Le Gendre et pour le prix Gingeot (envoi au secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Dernier délai des candidatures à la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales (ministère de la Guerre, direction des troupes coloniales, 3e bureau).

1er NOVEMBRE. — *Marseille.* Dernier délai pour l'envoi des mémoires pour le prix Jean ESCAT (Société de chirurgie de Marseille, 3, Marché des Capucins).

3 NOVEMBRE. — *Ville des Académies*. Examen spécial pour les étrangers sollicitant l'équivalence du baccauréat.

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. PASTEUR VALLERY-RADOT : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ?

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu à 9 heures. Assemblée française de médecine générale. Manifestations cliniques, régionales de l'alcoolisme.

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Cercle militaire, 17 heures. Remise de la médaille offerte au professeur Rieux par ses élèves et ses amis.

7 NOVEMBRE. — *Rennes.* Concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

7-8 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation de médecine légale, pharmacologie et matière médicale.

7-8 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine.* Composition d'agrégation d'anatomie, d'histologie, d'histoire naturelle médicale et parasitologie, de bactériologie, d'anatomie pathologique, de médecine générale, de chirurgie, de chimie, de physique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la prise de la première inscription.

9-10 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine.* Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

9-10 NOVEMBRE. *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation d'urologie.

9-10 NOVEMBRE. — *Facultés de médecine.* Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 20. Société végétarienne. M. le Dr FAUVEL : La timidité, le trac, leurs remèdes.

13 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. SIREDEY : Traitement du cancer du col utérin.

14 NOVEMBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux de Toulon.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours d'agrégation.

15 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription du concours de l'internat des hôpitaux de Nîmes (hôpital Ruffi).

16 NOVEMBRE. — *Poitiers.* Concours de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour la nomination de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. ETIENNE BERNARD : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

21 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation, histoire naturelle et parasitologie.

22 NOVEMBRE. — *Marseille.* Concours de clinicat de chirurgie infantile.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant à nommer dans l'armée.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr Jules GRAND : Conseils pratiques, mastication. M. le Dr QUÉNISSET : Influences cosmiques et végétarisme.

26 NOVEMBRE. — *Lyon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var).

CHRONIQUE DES LIVRES

La personnalité et l'hérédité, par le Dr Léon Mac-Auliffe, ex-directeur-adjoint du laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole pratique des Hautes Etudes. 1932. 1 vol. grand in-8 de 292 pages avec 222 figures. Prix : 50 francs (*Amédée Legrand, édit., Paris*).

Ce livre (quatrième fascicule des études morphologiques consacrées à la *Vie humaine*, par le Dr Mac-Auliffe) comporte toutes les données scientifiquement acquises à l'heure actuelle sur la question.

Des chapitres, avec illustrations nombreuses, y sont consacrés au développement psycho-physique de la personnalité suivant les faits le plus récemment consignés par les généticiens, les morphologistes et les pathologistes.

Les caractères physiques et psychiques y sont notés parallèlement, et des données absolument ignorées jusqu'à ce jour y sont mises en relief.

L'étude de la famille des Carnot, admirablement documentée, y sert d'exemple d'hérédité intellectuelle ; un chapitre comportant les faits les plus récemment acquis est intitulé *l'hérédité et la pathologie*, et *l'étude de l'hérédité et de la race, de l'hérédité et du don musical* pris comme exemple est enrichie de recherches personnelles très démonstratives.

Un index alphabétique particulièrement soigné fournit aux chercheurs toutes les données bibliographiques nécessaires, françaises et étrangères.

Plein de documents intéressants, fort bien présenté, ce livre doit intéresser de nombreux lecteurs.

Traité d'anatomie humaine, par Paul Poirier et A. Charpy. *Nouvelle édition entièrement refondue*, publiée sous la direction de A. Nicolas, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, *Tome premier, 4e édition refondue*. Introduction par M. Manouvrier ; Anatomie générale, par J. Verne ; Développement des os, par J. Verne ; Constitution générale du squelette, par M. Augier ; Squelette céphalique, par M. Augier. Un volume grand in-8° de 668 pages, avec 393 figures. Prix : 130 francs (*Masson et Cie, éditeurs*).

Le *Traité d'anatomie de Poirier et Charpy* continue à occuper une place de choix dans la bibliothèque des étudiants et des chirurgiens, parce qu'il contient une documentation considérable que ne possède nul autre traité.

Sans cesse renouvelé et tenu au courant des progrès de la science anatomique, soigneusement illustré par les éditeurs, un pareil traité ne peut manquer de poursuivre une glorieuse carrière ; il est indispensable à tous ceux qui ont besoin d'étudier en détail l'anatomie de l'être humain.

Sur 667 pages et 393 figures que comporte l'ouvrage, l'étude du *squelette céphalique*, entièrement refaite par M. Augier, comprend 584 pages et 305 figures, soit la presque totalité du volume.

Craniogenèse, Craniologie, Craniométrie, forment les trois parties principales de ce travail. L'auteur part d'une conception morphogénétique (*in* Constitution générale du squelette) différente par certains côtés de bien des Traités.

La *Craniogenèse* comprend principalement : 1° la mise au point de nos connaissances actuelles sur le *chondrocrâne* ; 2° une étude du *développement des os*, étude personnelle, détaillée, d'après un abondant matériel ; de nombreux faits nouveaux sont mis en évidence ; les figures ont été dessinées par l'auteur, à la chambre claire, d'après des préparations réalisées par lui avec la méthode de Spalteholz, dans les laboratoires des professeurs A. Nicolas et H. Rouvière.

A la *description des os* adultes fait suite une étude, aussi complète que possible, de leurs *variations* ; au lieu de classer topographiquement ces anomalies ou de les présenter comme un catalogue alphabétique de curiosités, l'auteur les a groupées suivant un plan génétique qui sépare nettement son ouvrage de l'ancien compendium de Le Double et de ce qui existe par ailleurs. Sans chercher la cause initiale des variations, l'auteur a surtout tenté d'établir leurs conditions de formation, d'où ses divisions en : variations d'origine blastémale, chondrogénétique, ostéogénétique, de causes musculaire, encéphalique, vasculaire, etc. Plus encore que dans la morphologie adulte, l'auteur montre ici la subordination du tissu osseux aux tissus mous adjacents et sa passivité.

Ensuite est envisagé le *Crâne dans son ensemble*, à tous les âges, dans les deux sexes, à l'état normal, dans ses variations.

La *Craniométrie* représente l'étude des variations surtout quantitatives et est sommairement exposée (30 pages).

L'*Index bibliographique* compte un choix de plus de 1 200 mémoires. Une *Table analytique* méthodiquement construite termine ce travail.

Ainsi qu'on le voit, le *Traité d'anatomie de Poirier-Charpy*, ainsi remis au point, n'a point son pareil ; il reste l'ouvrage de fond auquel doivent avoir recours les étudiants, les chirurgiens et les anatomistes de carrière.

Albert Mouchet.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Technique des prélèvements. Interprétation des résultats du laboratoire, par H. Cailloux et M. Blanc. Un volume de 210 pages. Prix : 25 francs (*Editions N. Maloine, Paris*).

Ce modeste ouvrage a sa place marquée à côté des importants traités de laboratoire dont il s'est fréquemment inspiré.

Il n'a d'autre ambition que de rappeler aux praticiens la façon la meilleure de prélever les échantillons destinés au laboratoire et de tirer une conclusion pratique des résultats des analyses.

Ecrit dans un style concis, il permet de trouver rapidement le renseignement utile.

Pas une ligne, pas un mot de trop, mais tout ce qu'il est indispensable de connaître.

La technique des prélèvements est présentée clairement, en soulignant les conditions essentielles dont l'inobservation peut, non seulement rendre plus difficile la tâche du technicien, mais, ce qui est beaucoup plus grave, fausser les résultats des analyses.

L'ouvrage traite successivement, dans la première partie, des urines, du sang, des liquides de ponction — liquides céphalo-rachidien, péritonéal, articulaire, épanchements pleuraux, — du pus, des chancres et ulcérations, des crachats, des exsudats rhino-pharyngés, du contenu gastrique, du contenu duodénal, des matières fécales, des mycoses, du lait, des eaux. Mis soigneusement à jour, il énonce les plus récentes méthodes d'explorations fonctionnelles des organes.

La seconde partie donne la liste des microorganismes et parasites avec les maladies qu'ils déterminent.

Enfin, un chapitre est consacré aux recherches du laboratoire appliquées au diagnostic des principales affections énumérées par ordre alphabétique avec l'indication pour chacune d'elles des prélèvements et des examens propres à fixer leur diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LA MÉNOPAUSE SYMPATHICOTONIQUE

L'hypertension artérielle de la ménopause n'a bien été mise en relief que tout récemment. Elle fait partie, dit C. Galàta (*Arch. des mal. du cœur*, 732, 1929), du groupe des hypertensions dites fonctionnelles ou essentielles ; elle accompagne et le plus souvent encore elle succède à la ménopause. Bien que sa durée habituelle soit de quelques années, il n'est pas rare de la voir se prolonger et s'aggraver après la cessation des règles, se confondant alors graduellement avec des états d'hypertension par artériosclérose.

Maranon, Dalché, Cotte, Mignot, Decio, Fornero et bien d'autres ont mis en relief les différents symptômes pathologiques de l'âge critique et en ont recherché la pathogénie, mais ils ne se sont pas préoccupés, comme Galata, de les grouper en syndromes définis au point de vue neuro-végétatif.

Les femmes qui traversent l'âge critique avec des souffrances, des signes objectifs prononcés, présentent le plus souvent des signes évidents d'hypertonie du sympathique ; beaucoup plus rarement cette dystonie neuro-végétative revêt un type vagotonique ou mieux hypotonique du sympathique.

Elles paraissent d'ordinaire bien portantes, d'aspect pléthorique, à facies bien coloré, avec parfois une tendance au virilisme, mais elles se plaignent de céphalées gravatives à prédominance occipitale, souvent intolérables, de douleurs rhumatoïdes erratiques, plus ou moins localisées à la nuque et aux lombes, d'oppressions précordiales et parfois d'une douleur fixe à la pointe du cœur, de battements et de bruits soufflants dans les oreilles, de vertiges et de sensations douloureuses dans la tête. En même temps, on constate un certain degré d'hypertension, variable suivant les cas, et d'ordinaire sans trouble de la fonction rénale ; le cœur soutient bien et longtemps l'augmentation du travail qui en résulte pour lui, mais cependant on constate assez souvent des extrasystoles ou encore des épistaxis ou des métrorragies.

Le déséquilibre endocrinien conditionne bien certainement cette dystonie neuro-végétative, et cependant, dans bien des cas, la médication opothérapique donne des résultats thérapeutiques fugaces ou même négatifs. Comme le dit Vignes (*Physiol. Gynécol.*, p. 358), « elle doit être maniée avec prudence et surveillée, car les diverses préparations peuvent déclencher un grand énervement et exercer sur les hémorragies un effet inverse de celui qu'on recherche.

Il y a, dans ces cas, à la base, une hyperexcitabilité du sympathique qu'il faut modifier ; les anciens l'avaient pressenti et, dans ces cas, ils prescrivaient des antispasmodiques. Actuellement on obtient des résultats rapides et prolongés en prescrivant des préparations de gui qui diminuent l'hyperexcitabilité du système nerveux central et périphérique, en particulier celle du sympathique (Chevalier, Busquet) et par cela même provoquent physiologiquement l'abaissement de la tension sanguine et l'amélioration de la circulation périphérique tout en diminuant le travail du cœur.

A la suite de l'emploi de six à huit pilules de Guipsine pendant plusieurs jours consécutifs, malgré leur apparente gravité, tous les troubles subjectifs de la ménopause, même et surtout les hémorragies, cèdent rapidement en même temps que la tension sanguine s'abaisse pour se rapprocher graduellement de la tension normale. Cette médication doit être poursuivie pendant plusieurs semaines pour permettre à l'organisme de s'adapter à un nouvel équilibre endocrinien.





L'Hôtel de Ville de Genève et la Tour Beaudet (fig. 1).

LA DEUXIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Genève, 28 et 29 septembre 1932.

L'an dernier, à cette place, je disais le succès de la première Conférence internationale de pédiatrie préventive tenue à La Haye et présidée par le professeur Scheltema de Groningue. Je rappelais comment, à Stockholm, au Congrès international de pédiatrie, avaient été jetées les bases d'une *Association internationale de pédiatrie préventive* destinée d'une part à étudier et discuter, dans des conférences à effectif limité, des questions ayant trait à la médecine préventive de l'enfance, d'autre part à établir une collaboration entre les pédiatres des divers pays en vue de prévenir les maux qui menacent l'enfant. Ce but, rempli à La Haye, vient de l'être, avec non moins de succès, à Genève. Malgré bien des difficultés, inhérentes à la période actuelle, se sont affirmées l'utilité et la vie de l'organisation créée il y a deux ans.

Notre ami, le professeur Taillens, de Lausanne, avait assumé la présidence du comité d'organisation et le Dr Daniel Oltramare, de Genève, avait bien voulu se charger du secrétariat, aidé par les services administratifs de M. W. A. Mac Kenzie, l'actif et dévoué secrétaire général de l'*Union internationale de secours aux enfants*, à laquelle est rattachée notre jeune association. Par eux, nous fûmes conviés à Genève pour la fin de septembre et nous nous y réunissions le 28 au matin, dans l'hôtel de ville aux vieux et pittoresques bâtiments (fig. 1 et 2) où la salle de l'Alabama, riche de souvenirs, offrait un cadre calme et agréable à nos discussions. M. Paul Lachenal, président du département de l'Instruction publique, avait tenu à souhaiter lui-même la bienvenue aux congressistes. Il nous rappela, non sans quelque fierté, que le canton de Genève venait de faire acte de pédiatrie préventive, en rendant obligatoire, sur l'avis de la Société des médecins de Genève, la vaccination antidiphtérique à l'anatoxine. Il nous dit combien des discussions comme les nôtres pouvaient être utiles aux pouvoirs publics. Le professeur Taillens, avec la netteté d'esprit et l'humour que lui connaissent tous ses amis, précisa ensuite le but de notre conférence et, après avoir rappelé les efforts de son animateur, le professeur Scheltema, évoqua en termes excellents la mort d'un des fondateurs de l'association, le professeur Arthur Schlossmann, de Dusseldorf ; l'assemblée entière, en se levant, s'associa à cet hommage.

La discussion de la première question à l'ordre du jour s'ouvrit ensuite par l'exposé des rapports de notre collègue Lesné et de Mme Ardoin-Linossier, d'une part, du Dr Nabarro, de Londres, d'autre part, sur la *prophylaxie de la syphilis chez les enfants de parents syphilitiques avérés*. Les divers orateurs qui prirent la parole, parmi lesquels les professeurs Valagussa de Rome, Hamburger de Vienne, Rott de Berlin, Wieland de Bâle, Von Groer de Lemberg, le Dr Lust de Bruxelles, nos compatriotes Mouriquand, Péhu, Rohmer, Blechmann, Armand-Delille, etc., apportèrent nombre de notions précises et intéressantes. Mais je ne veux pas insister ici sur la discussion ainsi poursuivie et dont ailleurs notre collègue Huber dit tout l'intérêt. Elle mit en relief bien des

LIBRES PROPOS *(Suite)*

aperçus nouveaux et aboutit à des vœux concrets, utiles à formuler et à répandre. Au cours de l'après-midi, les congressistes se réunirent au secrétariat de la *Société des Nations* où le Dr Olsen leur expliqua, avec beaucoup de simplicité et de clarté, le rôle et le fonctionnement de l'*organisation d'hygiène* ainsi que les résultats positifs qu'elle a obtenus ; résultats malheureusement insuffisamment connus du monde médical.

Le soir, une réunion intime groupait les membres de la conférence au siège de l'*Union internationale de secours aux enfants*, dont Mme le Dr Renée Girod, remplaçant le président absent, notre grand ami le professeur Morquio, faisait les honneurs avec M. Mac Kenzie et ses aimables collaboratrices.



La cour de l'Hôtel de Ville de Genève (fig. 2).

La discussion, au cours de la seconde journée, porta sur la *prophylaxie des troubles nerveux chez les enfants* et permit au professeur Hamburger, de Vienne, de développer son rapport dans lequel il précisait avec beaucoup de chaleur le rôle capital d'une bonne éducation familiale et discutait les théories récentes issues des doctrines de Freud. Le second rapport devait être exposé par notre collègue Heuyer, qui fut malheureusement empêché au dernier moment, par une brusque maladie, de venir à Genève. M. Édouard Pichon sut le suppléer et dire, dans un très clair exposé, toutes les idées défendues dans le rapport de M. Heuyer, en y ajoutant quelques considérations personnelles qui intéressèrent vivement les auditeurs. Ici encore la discussion permit d'entendre une série d'orateurs parmi lesquels le Dr Exchaquet, de Lausanne, le professeur Scheltema, le professeur Taillens, M. Blechmann, M. Armand-Delille, le docteur Flournoy, de Genève, le professeur E. Claparède, le professeur Rott, d'autres encore. On y vit nettement combien le professeur Hamburger avait eu raison d'insister pour que cette question fût étudiée par les pédiatres, et les conclusions adoptées ont été toutes en faveur de l'éducation par la famille, la famille ne devant en être dépossédée que pour des raisons graves ; encore dans ces cas le placement familial est-il préférable au placement collectif. Mais il est nécessaire d'éduquer à cet égard les familles et toutes les personnes qui, par leur profession, ont à entrer en contact avec les enfants. Que de progrès sont encore à faire dans ce sens et combien les circonstances de la vie moderne rendent difficile l'action nécessaire de la famille !

La IIe Conférence s'est terminée le même jour par une réception au Club international par la Société médicale de Genève, dont, en termes cordiaux, le Dr Ch. Martin du Pan, son président, s'est fait l'interprète. Un dîner suivit où l'entrain ne manqua pas, et au cours duquel de nombreux toasts, en des langues bien diverses, vinrent affirmer la cordialité des relations qui unissent tous les pédiatres. C'est cette note de cordialité qui domina en effet dans ces deux journées et permit à chacun d'entre nous de se faire, parmi ceux qui étaient pour de courts moments groupés à Genève, de nouveaux amis. Ce fut un plaisir pour les Français, venus relativement nombreux à cette conférence, de retrouver leurs collègues belges le Dr Lust et le Dr Duquesne, leurs collègues genevois (et parmi eux le professeur Gautier et le docteur Audéoud) et tant d'autres parmi les pédiatres des divers pays.

Le professeur Taillens sut, au banquet, dire en termes spirituellement enjoués combien cette amitié entre pédiatres est précieuse. En terminant ce court article, je suis heureux de le remercier d'avoir si bien contribué au succès de nos réunions. Notre gratitude va aussi au parfait secrétaire de la conférence, le Dr Daniel Oltramare (dont l'aimable hospitalité nous fut si agréable) et à M. Mac Kenzie qui sut si bien organiser les séances de tra-

LIBRES PROPOS *(Suite)*

vail. Notre jeune association a passé la période difficile de la première enfance et saura affirmer à Londres sa troisième année d'existence en tenant sa conférence annuelle au moment du Congrès international de pédiatrie. Chez nos amis britanniques comme à La Haye et à Genève, simplement et cordialement, elle travaillera utilement à la prévention des maux qui menacent l'enfance.

P. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

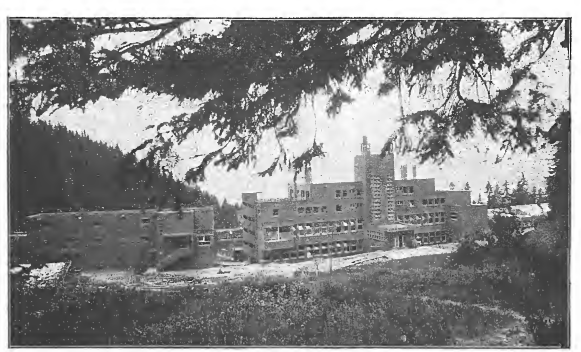
UN SANATORIUM D'ALTITUDE POUR ENFANTS : LE ROC DES FIZ (1250 MÈTRES)

Par le Dr Thérèse HENRY
Médecin-Directeur du Sanatorium.

L'Association des villages-sanatoriums de haute altitude a créé à Passy, depuis 1925, le sanatorium de Praz-Coutant et celui de Guébriant, qui sont réservés aux adultes.

Il s'agit là d'une œuvre philanthropique, destinée à venir en aide aux classes moyennes peu aisées : le prix de journée est de 21 francs. Il comprend tous les soins médicaux, injections, pneumothorax, petites opérations, soins dentaires, et naturellement, toutes les radiographies nécessaires.

Ce prix peut être pris en charge par les œuvres d'assistance : l'Assistance médicale gratuite, les Assurances sociales, les Pupilles de la nation, etc.



Vue générale du sanatorium de Roc des Fiz (fig. 1).

Le sanatorium des enfants, le Roc des Fiz, a été achevé au début de l'année 1932.

Il a reçu les premiers enfants en mars dernier, et il est actuellement en plein fonctionnement : les 150 lits étaient déjà tous occupés quand M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, est venu l'inaugurer officiellement le 6 octobre dernier, accompagné de nombreuses personnalités. Tous ont pu se rendre compte de l'aménagement parfaitement étudié des locaux, dans un esprit très moderne, à la fois simple et confortable, et qui crée un milieu tout à fait adapté aux besoins de l'enfant.

Nous recevons garçons et filles de six à quatorze ans.

Le recrutement de ces enfants est assuré principalement :

a. Par les hôpitaux de Paris (services d'enfants tuberculeux et consultations externes) ;

b. Par les dispensaires antituberculeux des départements ;

c. Par les médecins traitants.

Le rôle des assistantes sociales et des infirmières-visiteuses est pour nous extrêmement important. Elles nous mettent en rapport avec les différentes organisations, nous renseignent sur le milieu

social de l'enfant, veillent à la régularité des payements, facilitent le travail d'admission et de recrutement. Ce sont encore elles qui, bien souvent, accompagnent les enfants lors de leur entrée au sanatorium, quand les parents ne peuvent le faire. Les admissions venant des départements se font par petits groupes ou isolément ; venant de Paris, elle se font par convois de huit à quinze enfants.

Les enfants que nous recevons, proposés par leur médecin, doivent se présenter à la contre-visite d'un pédiatre ou d'un phtisiologue, soit à Paris, soit dans les départements.

A Paris, ce sont les Drs Lereboullet, Kuss, Debré, Courcoux, Lelong, Hallé, qui ont bien voulu nous prêter leur concours pour l'admission des enfants au Roc des Fiz.

Ainsi se trouvent triés les cas justiciables d'une cure de sanatorium en haute altitude, c'est-à-dire les cas que la simple cure d'air et le repos doivent améliorer nettement ou guérir, avec ou sans traitement adjuvant.

Les cas reçus jusqu'à présent appartiennent à deux groupes principaux :

1° Les formes péri-hilaires et spléno-pneumoniques ;

2° Les formes ulcéro-caséeuses.

Parmi ces dernières, un certain nombre arrivent chez nous déjà traitées par un pneumothorax.

Nous avons insisté sur deux points :

a. Que les enfants ne soient pas atteints de lésions trop graves et trop étendues, pour que l'amélioration ou la guérison ne soient tout à fait aléatoires ;

b. Que les enfants ne soient pas des enfants de sanatorium ; nous n'acceptons pas les adénopathies trachéo-bronchiques simples. Nous avons également éliminé les localisations non pulmonaires de la tuberculose.

Tel est dans ses lignes principales le recrutement des enfants qui sont traités au Roc des Fiz.

L'établissement est construit au-dessus de Praz-Coutant, dans la vallée de l'Arve, sur les flancs de la chaîne des Fiz. C'est la gare du Fayet Saint-Gervais qui est la plus proche : elle est reliée au sanatorium par un service d'autocars qui assurent la correspondance des trains de Paris.

Exposé en plein midi, le plateau de Passy, où sont construits les villages-sanatoriums, est abrité du vent d'une façon parfaite, par la haute muraille des Fiz contre laquelle le sanatorium des enfants semble adossé, et par les contreforts boisés qui en descendent à l'ouest et à l'est.

La vue s'ouvre très largement vers la vallée de l'Arve, le Mont-Blanc, l'aiguille de Bionnassay, la vallée des Contamines, que le mont Joly sépare de la vallée de Mégève.

Construits suivant les principes de l'architecture moderne, les bâtiments, d'un gai coloris jaune-



Autre vue générale du sanatorium (fig. 2).

VARIÉTÉS *(Suite)*

ocre, s'étalent, ensoleillés, au bas de l'âpre paroi rocheuse. Posés sur la pente verte doucement inclinée, ils retiennent l'attention par leurs lignes géométriques si simples, sans aucune ornementation.

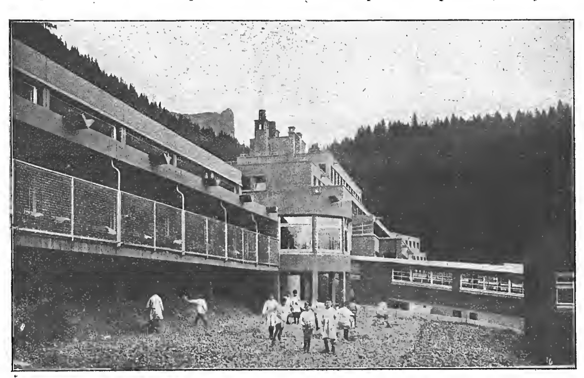
Ils comprennent : *un bâtiment central* plus important que les autres avec ses trois étages ; *quatre pavillons bas* d'un seul étage qui sont reliés au groupe principal par des galeries longues, couvertes et fermées ; enfin un bâtiment à deux étages, le *lazaret*, situé en arrière des autres et complètement isolé.

L'organisation en est très simple. Le *bâtiment central* est divisé en deux parties : la partie située au nord est réservé à tous les services médicaux et administratifs ; la partie située au midi est réservée aux enfants ; deux grands réfectoires, aux larges baies ouvertes vers la vallée, sont gaiement meublés de tables et bancs rouge vif ; au-dessus, deux dortoirs sont destinés aux enfants les plus fragiles ; au-dessous, il existe un vaste préau où sont installés les jeux collectifs. Cette partie comprend encore, aux étages supérieurs, tous les logements du personnel.

Chaque pavillon est un dortoir de vingt-huit lits, complètement ouvert sur une galerie de cure à l'aide de châssis vitrés à glissière. Pendant la journée les enfants sont sur la galerie, étendus sur leur chaise-longue : la nuit, grâce à ce dispositif, la cure d'air est presque aussi complète. Au dortoir fait suite une salle de jeux où l'enfant trouve des tables basses pour des jeux tranquilles et des coffres pour ranger ses jouets ; une salle de bains avec lavabos individuels, douches et baignoires ; un vestiaire à neige et un office complètent le pavillon.

Le *lazaret* est divisé en chambres individuelles : un étage est réservé au lazaret proprement dit, l'autre étage à l'infirmerie ; les deux services sont complètement indépendants, l'accès à l'étage supérieur se faisant par un escalier extérieur.

C'est là que l'enfant qui arrive, est reçu directement, ne pénétrant pas dans le bâtiment central. Couché dès son arrivée, il reste vingt-cinq jours en chambre isolée, sans communication avec les autres enfants, si ce n'est, à travers la cloison vitrée qui sépare les boxes, avec les autres arrivants. Pendant ce temps d'isolement il est mis en observation ; chez tous une réaction de Schick est pratiquée, déterminant l'opportunité d'une vaccination ; d'autre part, ce séjour constitue une période de repos complet qui favorise l'acclimatation et qui semble donner d'excellents résultats. Suivant le mode évolutif qui a pu être observé pendant ce séjour au lazaret, il est ensuite dirigé soit vers un pavillon, soit vers le dortoir du bâtiment central. Là, nous avons groupé les fébricitants, les bacillifères, ceux qui paraissent susceptibles de faire une

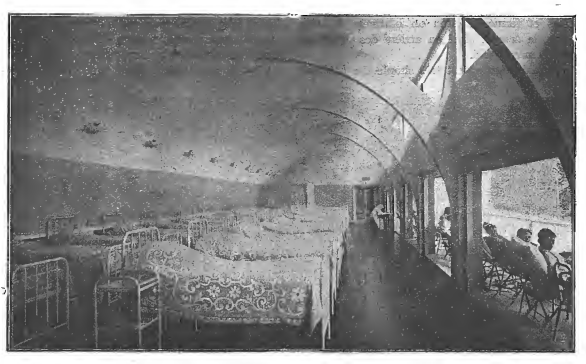


Les jeux des enfants au sanatorium (fig. 3).

VARIÉTÉS *(Suite)*

évolution plus ou moins subaiguë. Pour ceux-là, le repos est presque aussi strict qu'au lazaret. Au pavillon nous envoyons les enfants apyrétiques et non bacillifères pouvant mener une vie un peu plus active. Nos quatre pavillons nous permettent de séparer les grands et petits garçons, les grandes et petites filles. Les repas sont pris au réfectoire que l'on gagne par les longues galeries. Des récréations dehors se passent sur les terrains plats aménagés devant chaque pavillon où vingt-huit enfants trouvent une large place pour leurs différents jeux, et viennent couper les longues heures de cure. Les plus heureux font parfois de petites promenades à Plainejoux, au Lac Vert, à l'alpage de Charbonnière. Enfin, j'espère qu'aux pavillons nous allons pouvoir organiser un enseignement régulier et distrayant, évitant toujours de fatiguer l'enfant et l'occupant manuellement autant que par l'esprit.

Nous ne pouvons pas encore parler des résultats après sept mois de fonctionnement. Cependant nous sommes heureux de constater l'amélioration rapide et considérable de l'état général chez tous ces petits qui nous sont confiés : sur 130 enfants ayant fait au sanatorium un séjour de plus d'un mois, quatre enfants n'ont pas pris de poids ; tous les autres ont augmenté d'une quantité variant de 500 grammes à 12 kilogrammes.

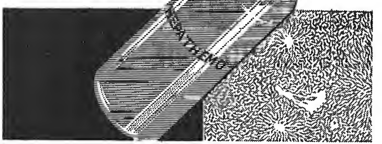


Un dortoir du sanatorium (fig. 4).

Nous sommes également heureux de pouvoir dire qu'aucun incident fâcheux, qu'aucune épidémie, ne sont venus troubler ces premiers mois d'existence, et nous avons la conviction que l'œuvre remplira sa tâche envers les enfants qu'elle reçoit.





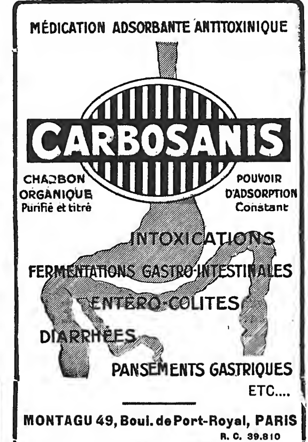


Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE
8 RUE PAUL BAUDRY. PARIS VIII





VARIÉTÉS (Suite)

LE SANATORIUM MARIN DE TRESTEL

Par le Dr ETESSE
Médecin-directeur de Sanatorium.

A l'extrême pointe Nord de ce département de Bretagne justement appelé Côtes-du-Nord, il est une région, le Trécor, qui jouit d'un climat exceptionnellement doux en hiver.

Si la vivacité et le piquant d'esprit de ses habitants les ont fait qualifier de méridionaux de la Bretagne, cette épithète convient tout aussi bien à un pays où croissent en abondance et en plein sol, mimosas, aloès, palmiers, sans souci des rigueurs de l'hiver. La culture est surtout et avant tout celle des primeurs, dont les marchés s'ouvrent en mai, quinze jours avant Roscoff, un mois avant Saint-Malo.

C'est que cette pointe de terre s'avance très avant pour plonger en plein courant du Gulf-Stream. Le climat en subit une heureuse influence, qui se manifeste par des moyennes d'hiver de + 8° (1930) à + 10° (1931) !

Les minima enregistrés dans ces mêmes deux dernières années ont été respectivement de + 3° et + 2° alors que ces hivers ont été durement ressentis dans le reste de la France.

C'est une grande surprise, pour ceux qui viennent en hiver, de trouver au long des chemins des ajoncs en fleurs, et de trouver des parterres fleuris dans les jardins du sanatorium au bord de la mer, alors que dans les terres la végétation est détruite par le froid des premières gelées.

A Trestel, les gelées et la glace sont inconnues, tant elles sont rares. La neige l'est encore davantage: en l'espace de trente années c'est à peine si trois fois nous avons vu la blancheur du sol se maintenir pendant douze heures.

L'été, la température n'atteint pas des maxima élevés en raison des brises marines, la moyenne maxima étant de 20° à l'ombre ; mais dans certains points abrités, elle s'élève bien davantage. L'action de la lumière est d'autant plus intense qu'elle est reflétée par des plages de sable d'un blanc éclatant au soleil. Aussi les ophtalmies fréquentes des scrofuleux sont mal influencées par cette réverbération.

Le voisinage des courants chauds a cependant l'inconvénient de donner quelques brumes et de la pluie, mais celles-ci ne sont ni plus abondantes, ni plus intenses qu'à Berck ou à Biarritz, chiffres comparés des relevés météorologiques. Dès le mois de février nous avons eu à enregistrer des coups de soleil.



Le sanatorium marin de Trestel. Vue d'ensemble (fig. 1).

Mais la somme de toutes ces actions climatiques est exaltée encore, si l'on peut dire, par la disposition des terrains de la plage de Trestel.

Que l'on se figure une vaste cuvette de 700 à 800 mètres de diamètre dont une ébréchure s'ouvre sur la mer. Les morceaux épars formant une barrière d'îles et d'îlots barrent l'entrée aux violentes bourrasques venant du large dont on aperçoit au loin la ligne.

Des collines et des dunes de sable forment les bords de la cuvette, abritant des vents froids du Nord et de l'Est, du Sud-Est. Au sud s'ouvre la brèche d'une vallée profonde, verdoyante, des bois touffus, avec ruisseau, étangs poissonneux, apportant une note reposante à la blancheur trop crue du sable de la plage.

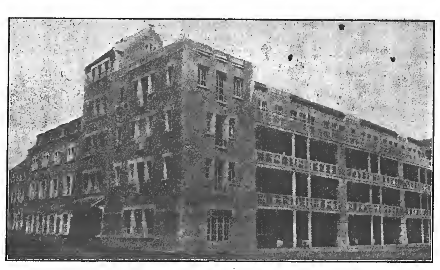
Le fond est constitué par une vaste plage qui n'a pas moins d'un kilomètre de tour. Plage absolument plate, sans aucune dénivellation de terrain, sans trou dangereux, faite d'un sable extrêmement fin filant entre les doigts. Cette plage est l'idéal des enfants et pour les bains une sécurité absolue.

VARIÉTÉS *(Suite)*

En se retirant, la mer découvre davantage la plage sans jamais la quitter, ce qui permet de prendre des bains à toute heure du jour.

L'orientation générale de l'arc est Nord-Ouest, mais les cornières sont orientées Nord-Est et Sud-Sud-Ouest. En raison de la nécessité d'exposer au midi les terrasses de cure des malades, c'est dans cette dernière cornière que le département des Côtes-du-Nord a construit son sanatorium.

L'établissement se trouve de ce fait abrité des vents froids du Nord et de l'Est, et, par un artifice de construction, des vents d'Ouest et Sud-Ouest, moins froids mais plus violents. Les terrasses font face à plein midi, jouissent de l'insolation maxima et sont, quant à l'air marin, en pleine plongée, les bâtiments étant édifiés sur le bord de la plage.



Les terrasses de cure du sanatorium (fig. 2).

L'ensemble de la construction comprend une série de bâtiments reliés entre eux, formant un quadrilatère disposé autour d'une cour intérieure formant jardin d'hiver. La partie midi loge les services médicaux; à l'aile Ouest sont les locaux administratifs, les logements des infirmières; l'aile Est réservée aux services généraux, cuisine, buanderie et logement de personnel employé. Au nord se trouve le bâtiment du lazaret et les services de contagieux; cette dernière construction, étant d'ailleurs séparée de l'ensemble, forme un hôpital à part.

Cet ensemble n'a pas été réalisé d'une seule venue. En 1922, l'Œuvre antituberculeuse des Côtes-du-Nord avait ouvert dans le petit bâtiment qui sert actuellement de lazaret, un sanatorium marin pour enfants pupilles de la Nation. Il comprenait 40 lits, repartis en quatre dortoirs et chambres d'isolement dans un ancien hôtel de la plage, acquis et aménagé avec les fonds du Comité antituberculeux, les fonds restants de l'Œuvre du prisonnier de guerre, et un fonds de roulement donné par l'Office des Pupilles, quelques dons particuliers de Mmes Hémond et Ménard.

C'est à cette époque que l'on me sollicitait de prendre la direction médicale; je venais de terminer un stage de perfectionnement, et de faire un voyage d'étude dans les sanatariums du nord de la France, notamment à l'hôpital maritime de Berck.

Malgré une installation médicale assez sommaire, les résultats furent tels que le département des Côtes-du-Nord, dès 1924, songeait à créer un établissement plus important, outillé de façon complète, et adapté aux dernières exigences de l'hygiène hospitalière.

M. de Kerguezec, président de l'Œuvre antituberculeuse, offrit de céder au département, à titre de don, les constructions et les terrains existants, à la condition que le département continue l'œuvre commencée.

En septembre 1924, M. Justin Godart, ministre des Travaux publics et de l'Hygiène, présidait la pose de la première pierre du nouvel établissement.

Les plans du sanatorium ont été établis par M. Feine pour 300 lits. La construction est entièrement en granit et ciment, ce qui exclut le danger d'incendie; Elle rappelle par beaucoup de points le sanatorium d'Odeillo qui fut construit par ce même architecte. Cependant, sur nos indications ont été apportées des modifications aux dispositions tant intérieures qu'extérieures, en raison du régime des vents et pour des facilités de service.

Ainsi les services médicaux ont été répartis dans les quatre étages, suivant un ordre déterminé:

un étage pour grands malades et un étage pour petits malades garçons, et deux étages identiques pour les filles.

Les services de grands malades restant à proximité des salles de traitement, radio, électricité, opérations, etc.

Les services de petits malades et convalescents étant aménagés avec des lavabos collectifs.

De plus, dans tous ces étages les services médicaux sont disposés de manière particulière en trois dortoirs ou centres médicaux par étage.

Chaque centre est composé de deux dortoirs de 10 lits réunis entre eux par un couloir central contenant un vestiaire de 20 placards et une petite

Ce dispositif permet l'isolement immédiat d'un service en cas de contagion avant l'éviction des malades sur le lazaret. D'un autre côté, il donne à l'infirmière diplômée qui s'en occupe une responsabilité personnelle qui fait jouer l'amour-propre professionnel, au grand avantage de l'hygiène et de la bonne tenue, et facilite le service.

En avant de chaque dortoir, côté midi, sont de grandes terrasses où les lits sont roulés le matin pour ne rentrer que le soir.

En arrière est un vaste couloir qui sert aux services généraux. A chaque extrémité d'étage se trouvent d'une part une salle de récréation, de l'autre un réfectoire avec office reliés aux cuisines



La cure solaire et les résultats de l'insolation (fig. 3).

salle de surveillance. Les cloisons de ces couloirs montant seulement à mi-hauteur du plafond, l'infirmière de surveillance peut entendre tout ce qui se dit, elle a sous la main les commandes d'éclairage et le téléphone qui la relie à tous les services de l'établissement.

Tous les centres d'un étage sont réunis entre eux par une galerie vitrée qui donne sur les terrasses; cette sorte de chemin de ronde permet à une seule personne de surveiller tout un étage pendant la nuit et toute la terrasse pendant les heures de cure et de silence.

Chaque centre possède ses annexes propres, indépendantes des autres, sa salle de bains, ses vidoirs, ses water-closets, ses armoires à linge, à médicaments et pansements, son coffre à linge sale.

par des monte-charges électriques, de même pour la liaison avec la lingerie. Les étages sont reliées entre eux par quatre escaliers et un ascenseur.

Les alités mangent sur des plateaux dans leur lit, les convalescents au réfectoire. Grâce aux tables chauffantes placées dans les offices à chaque étage, les mets arrivent toujours chauds, quel que soit l'éloignement des services par rapport aux cuisines.

Les linges sales sont mis en sacs et portés aux trémies qui les conduisent à l'extérieur, où ils sont repris par le service de désinfection et la buanderie.

Les résidus de pansements, mis dans des seaux à couvercles spéciaux, sont brûlés à l'incinérateur.

L'établissement possède le chauffage central,

VARIÉTÉS *(Suite)*

l'éclairage électrique, des chaudières à haute pression pour les bains, les marmites à vapeur des cuisines, la buanderie, l'étuve à désinfection, les tables chauffantes des offices. L'appareillage comprend des salles de radio, d'opération, de plâtres, de pansements, un matériel de photothérapie, ultra-violets et infra-rouges, haute fréquence, une consultation dentaire et laryngologique, un laboratoire biologique.

Une vaste terrasse sur le toit est utilisée pour les cures totales, les séances de gymnastique spéciale de redressement, un terre-plein au sol avec des agrès et vaste cour pour les jeux en plein air lorsque les enfants ne peuvent descendre sur la plage.

Un instituteur et une institutrice font la classe aux convalescents et présentent un certain nombre d'entre eux au certificat d'études primaires chaque année. La classe a lieu le plus souvent en plein air. Il existe cependant deux classes spéciales, une pour les filles et une pour les garçons.

Nous laisserons de côté la question administrative, qui est celle de tous les sanatoriums de l'Assistance ou assimilés, régie par le décret du 10 août 1920 et auquel nous renvoyons le lecteur. Nous dirons simplement que le sanatorium de Trestel est dirigé par un médecin-directeur, le Dr Etesse, aidé dans le service médical par un interne et une infirmière-major diplômée ayant une spécialisation de sanatorium d'osseux. Un docteur stomatologiste consulte régulièrement. Quand le nombre des malades atteindra un certain chiffre, des postes de médecins adjoints seront créés.

Les infirmières chargées des services sont exclusivement des infirmières diplômées d'État français; elles ont un personnel secondaire d'aides-infirmières et de femmes de salles.

Le médecin-directeur est aidé dans ses fonctions administratives par un receveur économe, un personnel de bureau, des ouvriers spécialisés et de main-d'œuvre.

Le traitement des malades ne diffère pas de Berck et de Roscoff: appareils plâtrés simples ou cellulosés pour les incontinents, ou encore appareils de celluloïd.

Peu d'interventions chirurgicales, celles-ci étant le plus généralement réservées aux adultes. Cependant nous n'employons pas les appareils inamovibles, qui ne permettent ni la gymnastique ni les positions de redressement. Nous leur préférons les coquilles et lits plâtrés, les gouttières amovibles qui sont plus commodes pour l'insolation étendue du membre ou de la région.

Nous ponctionnons les gros abcès mais sans injections modificatrices, celles-ci ne nous ayant donné de meilleurs résultats et souvent suivies de sphacèle de la peau, soit en raison de l'état de celle-ci, soit que le médicament préparé au dehors ne présente point les qualités de neutralité voulue.

A ces traitements viennent s'ajouter l'héliothérapie intense, soit solaire, soit par ultra-violets, les effluvations, l'étincelage dans les chéloïdes, les massages électriques dans les atrophies musculaires, un régime alimentaire excellent sans régimes spéciaux, sauf pour les maladies intercurrentes.

Des radiographies faites périodiquement permettent de suivre l'évolution des lésions et, jointes aux observations cliniques, constituent pour chaque malade un dossier de l'histoire de sa maladie.

Enfin il est juste d'ajouter que l'hygiène corporelle est l'objet d'un constant souci et que nous utilisons pour le bon fonctionnement de l'organisme les modificateurs chimiques et biologiques de la pharmacopée.

On ne peut, dans un aperçu aussi général, donner des observations complètes de malades soignés à l'établissement. Nous nous bornerons à dire que depuis 1922 nous avons donné des soins à 800 malades enfants.

Nous avons actuellement une centaine de malades, c'est donc environ 700 malades qui sont sortis guéris ou améliorés. De ceux-ci, 10 nous sont revenus avec des récidives, et parmi ceux que nous avons pu suivre, un certain nombre exercent des métiers qui leur permettent de vivre normalement: nous avons connu une ostéo-arthrite de l'épaule qui a suivi le Prytanée, un mal de Pott qui est actuellement marin de l'État; d'autres ont fait des études, qui sont actuellement instituteurs et jamais n'ont plus eu à souffrir de l'affection pour laquelle ils avaient été traités ici.

En cet espace de dix ans nous n'avons eu à enregistrer qu'un cas de mort par noma et un cas de méningite chez un pottique.

Dans ce nombre de 800 malades nous ne comptons pas ces deux derniers cas ni les malades que nous avons renvoyés pour incurabilité ou pour lésions pulmonaires, le climat de Trestel étant rapidement évolutif, si l'on peut employer cette expression, à l'égard des lésions des voies respiratoires.

Le sanatorium marin départemental de Trestel n'admet que des enfants de trois à dix-huit ans, filles et garçons. Les deux services sont entièrement séparés.

En reprenant la statistique de 1931 des guérisons, nous trouvons :

Maux de Pott	4
Scolioses	2
Ostéite costale	1

LENIFORME

2.5 et 10 %

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Echantillon :
26, Rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

VARIÉTÉS (Suite)

Coxalgies	10
Arthrite du genou	6
Arthrite du pied	6
Épaule, poignet, coude	6
Spina ventosa	2
Ganglionnaires	19
Rachitisme	3
Luxation congénitale	1
Tabes infantile	1
Lupus	1

Cette énumération suffit à donner un aperçu du genre des affections soignées.

Bien certainement ces guérisons se répartissent sur plusieurs années de traitement, car les affections osseuses évoluent ici comme ailleurs avec la même lenteur, vers la guérison; ce que nous voulons dire, c'est qu'on y guérit, la question de durée de traitement étant facteur de beaucoup de considérants qui dépendent plus du malade que du climat.

Une mention toute particulière cependant pour les adénites qui, fistuleuses, ulcéreuses ou non, guérissent en un temps relativement court sans autres soins que des pansements propres et de l'insolation.

Les catégories sociales des malades soignés dans cette même année 1931 se répartissent en :

Assistés sociaux et assistance médicale du département des Côtes-du-Nord	138
Pupilles de la Nation	30
Autres départements	39
Boursiers	4
Payants	2

Les demandes d'admission doivent être adressées à M. le préfet des Côtes-du-Nord pour tous les malades qui relèvent des lois ou décrets d'assistance sociale. Les payants ou les œuvres particulières peuvent adresser directement leur demande à la direction de l'établissement, en s'engageant à payer pour toute la durée du traitement quelle qu'elle soit.

Le prix de journée est fixé à 20 francs par arrêté ministériel pour les assistés légaux, il est de 22 francs pour les malades payants.

La commission de surveillance du sanatorium a, dans sa dernière séance, admis le principe du lit de fondation (13 000 francs). Comme ce prix est relativement élevé, elle a pensé créer des abonnements de dix ans au prix de 5200 francs, intérêts de la somme d'une fondation perpétuelle. Le prix de journée étant payable en sus.

Le département des Côtes-du-Nord, sous l'influence de M. de Kerguezec, président du Conseil général et de l'Œuvre antituberculeuse, a fait un gros effort dans son armement: le sanatorium de Trestel, le préventorium de Saint-Laurent, le sanatorium pour pulmonaires de Bodiffet, de nombreux dispensaires sont des moyens efficaces pour lutter contre la contagion et la mortalité par tuberculose si élevée en Bretagne et en particulier dans les Côtes-du-Nord.

L'ASSISTANCE AUX NOURRISSONS EN FRANCE SPÉCIALEMENT EN CE QUI CONCERNE LES ENFANTS DES TRAVAILLEURS

PAR

le Pr P. LEREBOULLET (1)

Laissant de côté les points concernant les femmes en couches, développés dans un autre exposé par le professeur Couvelaire, j'étudierai plus spécialement dans cette courte note les directives actuelles de l'action médico-sociale en France dans l'assistance à apporter aux nourrissons.

Alors que jadis le médecin intervenait surtout en pédiatre soignant les troubles morbides déjà effectués et n'arrivant que mal à les conjurer, il est actuellement avant tout un puériculteur et un hygiéniste, s'efforçant de prévenir avant de chercher à guérir ; en donnant de bons conseils aux mères, en en surveillant l'application, en en facilitant la réalisation par une aide matérielle et morale bien organisée, il a la certitude de diminuer la morbidité et la mortalité des nourrissons. De plus en plus d'ailleurs, il s'efforce d'aider à la réalisation des œuvres sociales nécessaires pour assurer une protection efficace des enfants du premier âge. Les organisations qui ont été créées dans ce but ont fait leurs preuves et il n'y a qu'à les développer et les coordonner pour obtenir des résultats d'ensemble.

C'est la fondation en 1892 par P. Budin des *consultations de nourrissons* qui a été, en France, le point de départ de tout l'effort accompli. En facilitant aux mères la venue périodique dans un centre médical organisé, où elles reçoivent la direction médicale voulue pour mener à bien l'allaitement des nourrissons, soit au sein, soit à l'aide du biberon, en surveillant la santé et la croissance de ceux-ci, en leur faisant avoir dans des conditions matérielles favorables le lait stérilisé nécessaire, lorsque l'allaitement maternel est déficient, en prodiguant les conseils utiles aux mères et aux bébés, les médecins des consultations de nourris-

(1) Exposé fait à l'occasion de la seconde Conférence internationale du Service social de Francfort (juillet 1932), pour la première commission dans laquelle cette question était à l'ordre du jour.

VARIÉTÉS *(Suite)*

sons ont fait beaucoup pour la protection des enfants du premier âge. Les consultations se sont multipliées, atteignant à l'heure actuelle le chiffre de 4 000 dans l'ensemble de la France. Très vite d'ailleurs, beaucoup ont élargi leur influence et ont été le point de départ d'une action médico-sociale au foyer même de la mère ouvrière. Ce fut la tâche des *infirmières-visiteuses, assistantes sociales, visiteuses de l'enfance*, qui, peu à peu, se sont multipliées et sont devenues, près du médecin, l'un des rouages essentiels d'une bonne consultation.

Mais le problème de l'assistance à la mère ouvrière s'est posé d'une manière plus précise dans les milieux industriels, où vite on s'est aperçu de l'impossibilité de garder la mère à l'usine ou à l'atelier, sans s'occuper de son nourrisson. De cette constatation est née la création des *chambres d'allaitement*, qui ont souvent rendu de réels services, malgré leurs difficultés d'application. La création des *caisses de compensation* et le développement des *allocations familiales* ont été plus efficaces encore et ont apporté à la mère ouvrière un secours évident lui permettant, au moins en partie, de continuer à s'occuper de son enfant. C'est ce dernier type d'assistance à la mère qui semble devoir permettre de réaliser, graduellement et selon certaines conditions d'opportunité, le retour si désirable de la mère ouvrière au foyer.

Trop souvent, malheureusement, l'enfant doit être séparé de la mère, et pour en conjurer les désastreux effets, un nouveau type d'assistance s'est peu à peu développé : celui du *centre d'élevage surveillé*, où l'enfant séparé de sa mère est placé à la campagne dans une famille où il reste sous la surveillance d'une infirmière-visiteuse et d'un médecin.

Actuellement, la preuve est faite largement de l'utilité de ces diverses armes de l'assistance au nourrisson : consultations de nourrissons, visiteuses et assistantes sociales, secours matériels sous forme d'allocations et de primes d'allaitement, centres d'élevage surveillés, autant de modalités de l'assistance médico-sociale qu'il convient de développer et qui ont, d'ores et déjà, donné des résultats, puisque la mortalité de la première année en 1931 s'est abaissée à 76 000 au lieu de plus de 150 000 il y a trente ans, au moment où s'est fondée la première consultation.

Mais la preuve est faite aussi du prix auquel reviennent toutes les mesures instituées en vue d'assurer, dans des conditions d'hygiène et de santé satisfaisantes, l'élevage du nourrisson séparé de sa mère. Il serait souvent moins onéreux de donner à la mère l'assistance matérielle suffisante pour lui permettre, en restant chez elle, de s'occuper directement de son enfant. Aussi est-il désirable que l'assistance aux mères et aux nourrices réalise au moins partiellement le vieux principe de Lagneau : « La mère doit être la nourrice payée de son enfant ». Ainsi pourrait être obtenu ce retour de la mère ouvrière au foyer, tout au moins dans les premiers mois de la vie de l'enfant, que peut-être les conditions économiques actuelles rendront plus réalisable.

Tout n'est pas toutefois achevé lorsque l'enfant est confié à sa mère et, dans les milieux de travailleuses, il est nécessaire que chaque nourrisson soit l'objet d'une surveillance régulière et que l'inexpérience des mères et leur insouciance trop fréquente ne les mènent pas à des erreurs graves préjudiciables à la santé et à la vie des tout-petits.

Développement des consultations de nourrissons, formation et multiplication des infirmières sociales spécialisées, création de centres d'élevage surveillés, organisation d'une assistance matérielle suffisante par le développement des allocations familiales et des primes de divers ordres à la femme qui allaite, établissement de mesures aptes à faciliter le retour ou le maintien de la mère ouvrière au foyer pendant les premiers mois de l'enfant, groupement et répartition des œuvres dans le but d'assurer un contrôle effectif de la surveillance de l'enfant, tels sont les buts principaux que s'assignent en France ceux qui se préoccupent de la santé du premier âge.

Il s'en faut malheureusement qu'ils soient d'ores et déjà réalisés. Nous ne pouvons d'ailleurs penser à énumérer ici toutes les tentatives faites pour essayer de les atteindre, qu'il s'agisse de la femme ouvrière mariée vivant avec son mari ou qu'il s'agisse de la femme seule. Nous n'évoquerons que quelques aspects de ces questions.

Lorsque la mère ouvrière nourrit son enfant et le garde avec elle, elle peut bénéficier des *allocations* prévues par la *loi sur les assurances sociales* (150 francs pour les quatre premiers mois, 100 fr. pour les deux mois suivants, 50 francs de six à neuf mois). Mais ces allocations constituent une aide malheureusement très insuffisante et soumise à certaines règles restrictives. Si la mère retourne à l'usine et continue à nourrir son enfant, elle peut bénéficier d'une *chambre d'allaitement* (obligation légale au-dessus de 100 femmes), mais de telles chambres n'ont pas toujours donné le résultat espéré. Ce qui l'aide surtout, ce qui devrait l'aider plus encore, ce sont les *secours matériels* susceptibles de lui être octroyés : primes à la natalité, avantages en nature sous forme de layettes, berceau, bons de lait, de charbon, de pommes de terre, allocations familiales des caisses de compensation. Grâce à tous ces secours et sur-

tout s'ils sont de préférence massés sur les premiers mois de l'allaitement, il est des coins de France où la mère peut, au moins les trois premiers mois, étant vraiment la nourrice payée de son enfant, abandonner pendant un temps le travail hors de chez elle et élever son nourrisson dans des conditions favorables. Que l'exemple donné ainsi fort heureusement par les bénéficiaires de certaines caisses de compensation se généralise, et l'on peut espérer que le travail de la mère à l'usine ou à l'atelier sera moins souvent la règle et même que certaines mères de famille nombreuse pourront consacrer tout leur temps et tous leurs soins à l'éducation des enfants et à la tenue du ménage. Même si de telles conditions sont réalisées, la consultation de nourrissons avec les conseils du médecin et la surveillance par l'infirmière-visiteuse, véritable éducatrice de puériculture pratique, restera une ressource précieuse.

Pour la femme seule, les conditions de l'assistance sont forcément différentes. La création des *maisons maternelles* a réalisé un grand progrès et elles ont permis d'éviter bien des abandons. En dehors de celles-ci, les *cantines maternelles*, les *hôtels pour mères nourrices*, et bien d'autres organisations sont susceptibles de rendre service aux mères qui continuent à nourrir leur enfant. Trop souvent, après quelques mois, existent des obstacles insurmontables qui amènent la mère à reprendre du travail en se séparant de son enfant. C'est alors que, plus que les *pouponnières* (souvent utiles néanmoins), le *centre d'élevage surveillé* rend de grands services. La formule qui, actuellement, semble la meilleure, est que l'enfant reste, aussi longtemps que possible, dans une maison maternelle, nourri par sa mère, puis qu'il soit placé dans un centre à la campagne, où il reste sous la surveillance constante d'une infirmière-visiteuse et est périodiquement visité par un médecin compétent.

Le principe général qui guide dans toutes ces organisations d'assistance infantile, est que *le nourrisson doit être surveillé de très près dans les premiers mois de la vie, rester le plus longtemps possible en des mains expertes et sûres et ne passer dans des mains moins expertes qu'à condition d'être surveillé de près.* La consultation de nourrissons pour l'enfant allaité et soigné par sa mère le centre d'élevage surveillé pour l'enfant séparé, répondent à cette double nécessité.

Encore n'est-elle bien assurée que si des médecins compétents et des assistantes instruites et dévouées participent à ces organisations, et l'effort de demain doit être, en France comme dans la plupart des autres pays, de former des médecins ayant des connaissances précises en hygiène et en médecine du premier âge (ce que contribue actuellement à faire l'*Ecole de puériculture* de la Faculté de médecine), de multiplier et d'instruire des infirmières-visiteuses au courant de l'assistance aux nourrissons.

Quelques exemples particuliers peuvent être retenus entre bien d'autres :

1° *L'assistance aux nourrissons débiles* comporte l'octroi à ceux-ci d'un bon lait. Souvent, lorsque le lait de la mère fait défaut, il peut être capital d'assurer à l'enfant du *lait de femme.* Comment le lui procurer ? La réponse a été donnée à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris, où, grâce aux efforts du professeur Marfan, l'hospitalisation de 18 mères nourrices avec leur enfant, qu'elles continuent à nourrir, permet de disposer de plus de vingt litres par jour de lait de femme, qui aident à faire vivre bien des débiles et leur évite d'évoluer vers l'athrepsie. Des organisations semblables ont été réalisées dans d'autres agglomérations, notamment dans le Nord, et les mères nourrices des maisons maternelles pourraient aisément procurer ainsi le lait de femme nécessaire à bien des débiles. C'est là une forme d'assistance immédiate dont on ne saurait négliger l'importance.

2° *Les nourrissons enfants de parents tuberculeux,* et surtout de mères tuberculeuses, ont retenu en France particulièrement l'attention, et le *Placement familial des Tout-Petits* a montré la possibilité de créer des centres dans lesquels les enfants de parents tuberculeux, séparés dès les premières heures, sont élevés chez des parents nourriciers choisis et surveillés par le médecin, suivis étroitement par des infirmières spécialisées en puériculture et gardés jusqu'à quatre ans. La preuve est faite de l'efficacité de cette séparation par l'observation de centaines d'enfants. L'organisation a, par ailleurs, un résultat précieux : elle fait pénétrer dans les foyers paysans de toute une région les habitudes d'une bonne puériculture, si bien que ses effets s'étendent bien au delà des nourrissons ainsi préservés.

3° *Les nourrissons hérédo-syphilitiques* soulèvent également un problème important d'assistance. Il est de toute nécessité qu'ils soient bien et longtemps soignés ; ces soins exigent non seulement un traitement régulièrement institué, mais un diagnostic préalable exact. Il semble bien que des consultations spéciales où le dépistage est fait de manière précise et où le traitement est appliqué avec méthode, doivent de plus en plus se multiplier dans les grandes villes. Ici encore, l'assistance sociale est nécessaire, car seule une infirmière compétente et dévouée peut assurer la régularité de la venue de l'enfant aux consultations et le contrôle des soins. Cette question se rattache

étroitement à celle des dispensaires antisyphilitiques ailleurs traitée. Je n'y insiste donc pas et ne veux qu'en signaler l'intérêt et la portée.

Les résultats des efforts poursuivis en France pour établir, selon les directives que je viens de rappeler, une meilleure assistance aux nourrissons ne se sont pas fait attendre, et partout où l'organisation réalisée a été suffisante, des progrès ont été réalisés. Les divers exemples fournis par les caisses de compensation sont, à cet égard, démonstratifs. L'action personnelle des infirmières-visiteuses, leurs conseils, l'habitude, grâce à elles, de recourir régulièrement aux institutions qui peuvent, dans chaque cas déterminé, rendre le service désiré, ont grandement contribué au mieux-être des familles, et la mortalité du premier âge dans ces familles s'est révélée inférieure d'un tiers à celle de la population générale, oscillant autour de 5 p. 100. Des exemples sont donnés par la plupart des organisations créées dans ces dernières années et basées sur l'utilisation des infirmières-visiteuses et des consultations de nourrissons. Ce qu'on doit souhaiter, c'est la généralisation des efforts déjà faits et leur coordination. Ce que surtout on ne doit pas perdre de vue, c'est la nécessité de réaliser, dans la plus large mesure possible, le retour de la mère ouvrière au foyer pour y nourrir et élever ses enfants, retour qu'il eût été utopique de demander il y a quelques années, mais que les conditions économiques actuelles pourraient sans doute faciliter. Il ne supprimerait pas, il faciliterait grandement l'assistance aux mères nourrices et aux nourrissons par les consultations de nourrissons et l'ensemble des moyens que nous venons d'énumérer.

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

Par le Dr G. ICHOK

Directeur des Services municipaux d'Hygiène et d'Assistance sociale de Clichy (Seine).

La pléthore est un terme qui, aux époques déjà lointaines, avait une grande vogue, surtout à cette période où la saignée était considérée comme un moyen de thérapeutique efficace. Les temps ont heureusement changé, mais la pléthore, bannie et ridiculisée, prend sa revanche et revient de nouveau à l'ordre du jour. Cette fois, personne ne conteste qu'il existe une pléthore... du corps médical lui-même. Heureusement, la méthode sanguinaire de traitement d'antan n'a plus cours, et l'on cherche à soigner la surabondance morbide par des moyens plus appropriés et plus humains. La cruauté n'ira pas très loin; tout au plus s'exercera-t-elle envers les candidats qui se trouveront en face d'un programme d'études de plus en plus difficiles.

Les diverses solutions proposées seront vouées à un échec, si, malgré ses capacités et même talents incontestables, le futur médecin ne dispose pas d'un champ d'action suffisante. Il s'agit d'un grave problème vital qui se pose devant tout intellectuel auquel les joies et les misères de l'enseignement supérieur s'offrent, dans toute leur nudité. Le praticien pour lequel la médecine préventive et l'hygiène mentale ne sont pas des mots vains, sait combien il est important de protéger les possesseurs de diplômes universitaires, médecins et autres, des incertitudes d'une existence mal choisie pour laquelle on n'a pas d'aptitude spéciale, qui ne permet guère de se créer une situation satisfaisante. On doit résoudre, en somme, un problème d'orientation professionnelle d'un ordre, quoique particulier, mais non point négligeable. Pour cette raison, par exemple, la plupart des universités américaines conseillent systématiquement leurs étudiants pour leurs projets d'études et d'avenir, s'efforcent de leur procurer une situation convenable, dans des entreprises industrielles ou autres, et se font un devoir de rester en contact étroit avec eux.

La façon d'agir adoptée aux États-Unis intéresse le médecin surtout indirectement, dans ce sens que les principes de prophylaxie s'appliquent envers une quantité de jeunes gens qui ne seront pas des déracinés et des mal adaptés, ces innombrables victimes de la déchéance physique et psychique. Aussi sera-t-il intéressant d'apprendre, d'après une étude de M. Hausmann, de l'Université John Hopkins, de Baltimore, dans leurs grandes lignes, les procédés américains pour s'en inspirer ailleurs. Nous citerons tout d'abord, comme exemple d'un système d'orientation professionnelle et d'organisation du personnel bien conçu, celui de l'Université Purdue, à La Fayette (Indiana). Dans cette Université, comme dans les autres collèges américains, c'est d'une manière assez rigide que les quatre années d'enseignement des collèges américains sont organisées; à dix-huit ans, le jeune homme commence ses études comme *freshman* ; il devient, successivement, *sophomore*, *junior* et *senior*. En général vers vingt-deux ans, à la fin de la quatrième année, il obtient ses diplômes.

Avant son arrivée, le *freshman* doit remplir une fiche individuelle complète et répondre à des questions concernant ses occupations préférées, les résultats qu'il a obtenus à l'école supérieure,

sa situation dans la vie sociale et au point de vue scientifique, ses préférences professionnelles, etc. Dans cette fiche, il doit également s'analyser complètement, en vue de concentrer son attention sur le développement de sa personnalité et de « donner au collège une idée de ce qu'il pense de celle-ci ». A cet effet, il se sert d'un barème spécial qui permet d'évaluer numériquement l'adresse et les bonnes manières, l'intérêt au travail, le caractère, l'esprit de collaboration, les dispositions, l'application, l'initiative, le jugement, la capacité de diriger et les dons naturels.

Au milieu de sa première année, le *freshman* indique les noms de quinze personnes (cinq professeurs, cinq étudiants, et cinq autres personnes) que l'on prie d'apprécier les divers traits de sa personnalité sur une fiche à peu près identique à celle qu'il a remplie lors de son arrivée. Ces notes sont décomptées, compilées et servent à l'établissement de moyennes, inscrites, par le service du personnel, sur le livret scolaire de l'étudiant. Les moyennes générales sont classées dans l'ordre du nombre des points et réparties par catégories ; si la moyenne d'un étudiant tombe dans la catégorie inférieure, on le convoque au service du personnel pour examiner comment développer sa personnalité ; les moyens de s'améliorer lui sont indiqués et l'on s'assure qu'il en tient compte. L'on applique la même procédure une deuxième fois, la troisième année, au *junior* ; si l'étudiant ne s'est pas amélioré, on le convoque alors immédiatement à nouveau au service du personnel. Notons que, d'après les statistiques qui ont été établies, il semble que ces méthodes soient suffisamment rationnelles pour qu'on puisse en recommander l'emploi.

A l'Université Purdue, on s'efforce de familiariser l'étudiant avec les aspects techniques des industries, et en particulier de la mécanique, au moyen d'études documentaires portant sur des centaines d'entreprises industrielles, de publications spéciales, de cours et de conférences. Le service du personnel estime qu'il doit donner à l'étudiant une connaissance suffisante des différentes professions pour qu'il puisse prendre lui-même une décision. Ajoutons que d'importantes universités, comme celles de Stanford, Yale, Michigan, etc., professent la même théorie quant aux informations qui doivent permettre à l'étudiant d'assurer lui-même la responsabilité du choix de sa profession.

* * *

Le placement proprement dit comporte des entrevues personnelles avec les représentants d'entreprises mécaniques et industrielles qui viennent à l'université, les offres des sociétés qui ont des emplois vacants et les recommandations données par les directeurs des cours avec la collaboration du service du personnel. Pendant leurs dernières années, les *seniors* sont mis directement en rapport avec les entreprises industrielles par des visites, etc. De temps en temps, le directeur du service du personnel se rend aux entreprises pour se documenter sur les emplois disponibles et, par tous les moyens, l'on s'efforce de mettre les futurs employeurs des élèves en relation avec les professeurs spécialisés de l'Université.

L'on retrouve cette organisation dans un grand nombre d'établissements. Certains d'entre eux font des recherches sur les différentes professions et possèdent un service chargé de suivre les étudiants qui ont obtenu leur diplôme. Parmi ces établissements, l'on peut citer le Vassar College, le Smith College et le Goucher College destinés aux femmes, ainsi que les Universités de Syracuse, Yale, Michigan et Stanford. Le « Yale Graduate Placement Bureau, Inc. », à New-York, fonctionne indépendamment de l'Université, mais il aide un grand nombre de jeunes gens à se placer et même à résoudre les problèmes individuels devant lesquels ils se trouvent dans l'industrie. Ce bureau possède une organisation qui facilite grandement le travail effectif parmi les étudiants encore à l'Université. Cette organisation centralise les renseignements et maintient les relations avec les anciens élèves pourvus d'un emploi.

Grâce à de généreuses dotations, le service du personnel de l'Université de Yale a pu mettre en œuvre un vaste programme dont le but est, avant tout, de centraliser les renseignements sur les professions ; ce travail a été entrepris partiellement en collaboration avec « l'American Council on education ».

Sans être tout à fait typiques, l'Université de Cincinnati, le collège d'Antioche et quelques autres institutions appliquent une méthode de coopération qui présente un certain intérêt du point de vue industriel. Cette méthode consiste à donner à l'étudiant l'occasion de faire un essai pratique pour voir si un travail peut l'intéresser et lui plaire définitivement. C'est le doyen Hermann Schneider, actuellement président de l'Université de Cincinnati, qui a conçu cette heureuse façon d'agir. Malgré les nombreuses difficultés qu'il fallut vaincre, elle fut expérimentée, en 1906, pour la première fois. Les étudiants partagent leur temps de manière égale entre l'Université et le travail industriel. Toutes les quatre semaines ils quittent l'atelier pour l'Université et inversement ; ils s'organisent pour que l'un

VARIÉTÉS *(Suite)*

travaille à l'atelier pendant que son camarade suit les cours, la relève ayant lieu au bout de quatre semaines.

La formule intéressante qui, tout d'abord, fut appliquée sur une petite échelle, marqua de rapides progrès et, en 1920, le cours réglementaire de quatre ans de l'École de mécanique a été entièrement abandonné en faveur d'un programme dit « de coopération », dont la durée est de cinq ans. Il est question, en ce moment, d'étendre ce système à d'autres établissements et les *écoles de médecine*, de droit et d'art appliqué ont déjà commencé à le mettre en pratique. Le service de coordination (Co-ordination Department) est le rouage central de tout ce système. Il est dirigé par les professeurs et les surveillants qui choisissent, pour chaque étudiant, le travail qui convient le mieux à ses besoins et à ses goûts. Ce service maintient le contact avec les employeurs qui collaborent au système, règle toutes les questions de rétribution et de durée du travail, arbitre les conflits, change les étudiants d'emploi à mesure qu'ils avancent dans leurs études et s'assure que le travail pratique, donné à chacun d'eux, concorde avec ses cours et les tâches qui lui sont assignées.

***

L'orientation professionnelle, qui se montre si féconde pour l'enseignement supérieur, pourra se développer dans tout pays, à condition de ne pas se cantonner dans un seul domaine. Il faut que l'œuvre d'éducation, dans sa totalité, se pénètre du principe : *the right man in the right place*, c'est-à-dire l'homme qu'il faut dans la place qu'il faut. Rappelons, à cette occasion, qu'aux États-Unis, il n'existe pas de département fédéral ou ministère de l'Instruction publique ; chaque État est libre de son organisation en ce qui concerne l'enseignement. Bien que le gouvernement fédéral ne puisse intervenir à cet égard dans la politique des divers États, il s'est appliqué à coordonner et à uniformiser leurs méthodes d'orientation. En général, les rapports, publiés par le bureau de l'Enfance du département du Travail, sont les résultats d'enquêtes s'étendant à tous les États. La même remarque doit s'appliquer aux publications intitulées « Conseils aux enfants pour le choix d'une profession » (*Advising children in their choice of occupation*), « Surveillance de l'Enfance » (*Child care*), « Bourses pour enfants » (*Scholarships for children*), « l'instituteur-visiteur » (*the visiting Teacher*), etc. Pour terminer cette énumération, nous dirons que le bureau des statistiques du travail publie des données sur l'orientation professionnelle, et le service de l'emploi (*United States Employment Service*), qui fait également partie du département du Travail, fait paraître des monographies professionnelles.

Une étroite collaboration a été établie par les soins du directeur des recherches de la commission administrative (*Civil service Commission*) entre le gouvernement fédéral et les écoles du pays tout entier. Le but de cette commission est de veiller à ce que les emplois de l'administration fédérale soient de plus en plus attribués sur la base de critères objectifs, selon le mérite des candidats et non par faveur, comme autrefois. Il s'agit ici d'une réforme fort importante, étant donné que l'administration fédérale emploie plus de 500 000 personnes.

Le directeur des recherches, dans une publication récente, attire l'attention sur les résultats qu'on peut attendre de ces réformes et insiste sur les améliorations qui peuvent être apportées à l'orientation et au placement par la « collaboration des écoles et de l'industrie ». Ainsi, un énorme travail pour la sélection, le placement et l'avancement des employés fédéraux fut accompli par la commission administrative. Et maintenant l'on se propose d'appliquer ces méthodes plus largement. Les employés ne sont pas les seuls qui aient besoin d'être guidés ; il en est de même de très nombreuses personnes ayant postulé en vain des emplois dans l'administration fédérale et que l'on doit aider à choisir une carrière leur permettant d'utiliser leurs capacités et répondant à leurs intérêts. Il n'est point besoin de faire d'autres recherches fondamentales pour cette orientation, car les études effectuées pour l'amélioration du service fédéral peuvent être coordonnées en vue d'une utilisation plus large. L'avantage essentiel de ce système pour le gouvernement consiste en ce qu'il peut espérer une augmentation du nombre des bons candidats aux emplois de l'administration fédérale.

Pour atteindre ce but, on cherche avant tout une amélioration des tests qui sont établis par la commission administrative en collaboration avec diverses grandes entreprises privées ; des arrangements ont été conclus avec elles afin que des tests pour certains emplois soient appliqués à des groupes d'employés typiques, de sorte que les standards de chaque entreprise peuvent être déterminés en fonction des tests de l'Administration. Une fois les standards fixés, les tests de la commission administrative sont communiqués aux industries et aux écoles, et le conseiller professionnel dispose alors de données objectives pour renseigner le candidat sur les aptitudes qu'il semble posséder en rapport à différentes situations dans différentes industries. En outre, les données concernant les

VARIÉTÉS *(Suite)*

aptitudes de l'élève consignées dans le rapport adressé à l'employeur par le fonctionnaire chargé du placement peuvent être uniformisées sur une base nationale. L'élève est également mieux à même de juger s'il remplit les conditions nécessaires pour entrer dans l'industrie ; cela l'incite éventuellement à améliorer son travail, tandis qu'actuellement c'est le bureau de placement qui l'informe de ses lacunes, autrement dit lorsqu'il est trop tard pour y remédier.

L'application de ces nouvelles dispositions comporte aussi l'emploi d'un « tableau d'orientation » (*guidance card*). Sur ce tableau, doit se trouver la liste des situations qui sont accessibles chaque année à un grand nombre de personnes dans l'administration. Des colonnes parallèles indiquent (dans l'ordre des points exigés pour le test d'intelligence) le nom de ces situations, le nombre minimum de points pour les divers tests d'aptitude ou de connaissance, le chiffre des traitements et les conditions spéciales. Enfin, la dernière colonne doit mentionner les rapports où sont exposés : les tâches afférentes à chaque emploi, l'endroit où celui-ci est exercé, les possibilités de formation dans le service même et les perspectives d'avancement par promotion ou transfert. Actuellement, l'on ignore la plupart de ces données, bien qu'elles aient une grande valeur pour quiconque s'intéresse directement ou indirectement à l'Administration fédérale. Pour résumer, disons que ce tableau doit donner une idée des conditions imposées et des possibilités offertes aux candidats. La base de ces informations est constituée par l'étude des promotions et transferts réellement effectués. L'on prend également des dispositions pour coordonner les listes des candidats admissibles et les mettre à la disposition des divers services, ainsi que pour renseigner les fonctionnaires titulaires sur les transferts, promotions, professions sans avenir à éviter, etc.

Ces recherches auront, vraisemblablement, comme résultats principaux, d'aiguiller les intéressés vers les positions qu'ils sont le plus aptes à remplir, de montrer aux futurs candidats leur chance de nomination et, éventuellement, d'avancement. Il est certain qu'elles fourniront la base d'une collaboration plus pratique entre les personnages qui s'occupent de recherches sur les possibilités de travail, dans les diverses branches d'activité, avec le but d'éviter, aux candidats à une occupation quelconque, le triste sort d'un déclassé qui, intérieurement déchiré et non satisfait, se voit rejeté dans la circulation, en proie à la misère et à la maladie qui, bien souvent, s'emparent de ces victimes d'une vie sociale mal organisée où les principes d'orientation professionnelle sont méconnus ou sous-estimés.

ÉCHOS

LE XXVe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES A VICHY

La Station de Vichy a reçu, le 18 septembre dernier, la visite des participants au XXVe Voyage d'études médicales organisé sous la direction de M. le Dr Maurice Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, avec le concours de M. le professeur agrégé Etienne Chabrol, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dès leur arrivée, les membres du Voyage d'études médicales, guidés par quelques-uns de leurs confrères du Corps médical de Vichy, ont visité en détail les différents services du grand établissement thermal, dont ils ont pu apprécier les installations et aménagements des plus modernes. Ils ont été ensuite conduits en auto-cars aux sources thermales de Vichy ; puis un thé leur a été offert au Club-House du Golf du Sporting-Club.

Les visiteurs ont admiré ce splendide domaine dans lequel a été réalisé un ensemble unique d'installations sportives ; ils ont assisté à quelques démonstrations de golf par les habiles professeurs du Sporting-Club de Vichy.

A 19 h. 30, un banquet réunissait les membres du Voyage d'études médicales dans la salle des fêtes du « Carlton ».

M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie Fermière, présidait, ayant à ses côtés MM. les professeurs Maurice Villaret, Etienne Chabrol et plusieurs personnalités médicales éminentes, qui étaient venues assister au Congrès international de la lithiase biliaire, parmi lesquelles M. le professeur Paul Carnot, président du Congrès, et M. le professeur Rathery, qui les premiers reprirent après la guerre la tradition de ces Voyages d'études médicales.

Au champagne, des discours furent prononcés par M. Normand, au nom de la Compagnie Fermière, le Dr Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, le professeur Etienne Chabrol, le Dr Descamps, de Belgique, le Dr Kennedy, de Grande-Bretagne, le Dr Borns, de Hollande, le professeur agrégé Frantz Koza, de Tchécoslovaquie, le Dr Colleville, au nom de l'internat, le professeur David, de la Faculté libre de médecine de Lille, et enfin par M. le professeur Maurice Villaret.

Les convives assistèrent ensuite, au Grand Casino, à une splendide représentation de « Guillaume Tell » donnée avec le concours de grandes vedettes lyriques.

ÉCHOS (*Suite*)

Le lendemain matin, les voyageurs continuèrent la visite des installations thermales. Conduits aux nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, ils purent apprécier la perfection du machinisme, qui permet d'assurer toutes les garanties d'asepsie désirables dans l'embouteillage des eaux des sources de l'État, et qui donne ainsi complète satisfaction aux desiderata du Corps médical.

Puis, ils visitèrent le laboratoire de recherches hydrologiques, créé par la Compagnie Fermière de Vichy, sous les auspices et la direction scientifique de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, laboratoire où sont étudiés scientifiquement les effets de la cure de Vichy.

Enfin, les participants au XXVe Voyage d'études médicales assistèrent à une conférence, hautement appréciée de M. le Dr Durand-Fardel. Cet éminent praticien donna à ses distingués confrères de très précieux renseignements sur les sources de Vichy et sur leur application thérapeutique.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES MÉDECINS ET LE LIBRE CHOIX DES MALADES

(Fin.)

C'est dans ce sens que s'était décidée le 18 juin 1835 la Cour de cassation sur les conclusions du procureur général Dupin, en considérant comme une faute grave le fait par un médecin d'avoir abandonné volontairement son malade et d'avoir refusé sans motif valable de lui continuer ses soins.

Ce principe établi par la Cour de cassation a été respecté par la Cour de Pau : en effet, la Cour est partie de cette idée que le contrat qui était intervenu entre le patron et le médecin n'engageait pas le médecin au profit de l'ouvrier. Par conséquent, l'ouvrier devait être considéré à l'égard du médecin comme un client ordinaire auquel le médecin avait le droit de refuser ses soins. Dès lors, si le médecin était en droit de ne pas répondre à l'appel de ce simple particulier, il pouvait néanmoins commettre une faute par une négligence génératrice de responsabilité en omettant de venir après avoir promis de le faire. Mais

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

pour que cette négligence constitue une faute grave, il aurait fallu que le médecin connût l'état grave du blessé, état exigeant des soins immédiats; et il aurait fallu que, malgré cette connaissance des faits, il n'eût pas fait diligence pour se rendre auprès de lui. Pour que la responsabilité fût engagée, il aurait aussi fallu qu'on ait prévu que la mort du malade était la conséquence directe de l'abstention du médecin, puisque, conformément aux règles du droit commun, la responsabilité civile n'apparaît que si le dommage a été causé directement par la négligence.

Or, aucune de ces preuves n'était apportée, et c'est pourquoi, conformément aux principes généraux de la jurisprudence, la Cour de Pau a libéré le médecin de toute responsabilité.

L'arrêt de la Cour de Pau, du 1er mai 1900 (Dall. 1902-2-34) est ainsi libellé :

« Attendu qu'il n'y a pas lieu d'examiner si le Dr A... était le médecin spécialement attaché à l'entreprise Soubigou ; qu'en effet, pris en cette qualité, la veuve Montastier n'aurait pas d'action directe contre lui, que seul l'entrepreneur pourrait réfléchir contre son médecin l'action en responsabilité dirigée contre lui par un de ses ouvriers pour défaut de soins.

« *Au fond.* — Attendu que si la jurisprudence paraît admettre que le médecin qui refuse d'obtempérer aux réquisitions régulières de l'autorité peut être atteint par la loi pénale, il n'a jamais été soutenu qu'un texte de nos lois fût applicable à l'homme de l'art qui ne répond pas à l'appel d'un malade ; attendu que dans certains cas particuliers, les tribunaux ont trouvé le principe d'une responsabilité civile dans le fait du médecin qui, après avoir promis de se rendre auprès d'un malade, manquait à sa promesse ; mais que, pour qu'il y ait lieu d'appliquer cette jurisprudence, il faut que la partie établisse : 1° que c'est volontairement que l'homme de l'art ne s'est pas rendu auprès du malade ; 2° que ses soins auraient certainement sauvé la vie du patient ; 3° enfin que s'il n'avait pas promis de venir on aurait pu s'adresser à un autre médecin ;

« Attendu que dans l'espèce actuellement soumise à l'examen de la Cour, en acceptant même comme démontrés les faits offerts en preuve par l'appelant, la faute reprochée au Dr A... ne réunirait pas les conditions voulues pour entraîner sa responsabilité ;

« Attendu que l'intimé dont la demeure se trouve dans un pays très accidenté, distante de

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

10 kilomètres au moins du lieu de l'accident, n'a pu être prévenu qu'à une heure avancée de la nuit ; qu'en tenant pour exact qu'un billet hâtivement écrit par l'entrepreneur ait informé le médecin de la nature de l'accident, rien ne démontre que cet écrit, émanant d'une personne dépourvue de connaissances médicales, fût de nature à révéler au docteur la gravité et le danger immédiat que présentait la blessure de Montastier ;

« Attendu que, dans ces circonstances, il ne serait pas juste de soutenir que le Dr A... avait commis une faute grave en ne se rendant sur les lieux de l'accident que vers 8 heures du matin ;

« Attendu, d'autre part, que l'appelant soutient que la seule cause de la mort de Montastier est l'hémorragie qui a suivi l'écrasement de la jambe gauche par la roue du wagonnet et que par conséquent, en arrêtant l'écoulement du sang, A... aurait sauvé la vie du blessé ;

« Attendu que c'est là une hypothèse admissible, étant donnée la grande quantité de sang que paraît avoir perdue Montastier ; mais que rien ne peut aujourd'hui démontrer d'une façon suffisamment probante la vérité de cette allégation ; qu'il ne faut pas en effet oublier que cinq années se sont écoulées depuis l'accident du 25 avril 1895 et qu'aucune constatation médicale n'a été faite à cette époque sur le corps de la victime ; que par suite rien ne permet d'affirmer que la mort de Montastier ne soit pas la conséquence d'un de ces accidents traumatiques en présence desquels les hommes de l'art les plus habiles restent souvent impuissants ;

« Attendu, en conséquence, qu'il n'est point établi d'une façon suffisamment certaine que des soins, même immédiats, prodigués à Montastier par l'intimé, eussent été suffisants pour l'arracher à la mort ; que c'est donc avec raison que les premiers juges ont repoussé la demande de la veuve Montastier ;

« Par ces motifs, confirme... »

Adrien Peytel,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE[1]

Séance du 25 octobre 1932.

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. G.-Charles Mirallié (de Nantes), correspondant national depuis 1920 dans la 1re division (médecine et spécialités médicales).

Les origines de la sérothérapie. — M. CHARLES RICHET rappelle que dès 1888, il a abordé l'étude de la sérothérapie. La première injection de sérum thérapeutique à un malade fut faite par M. Richet, le 6 décembre 1890.

Absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien ; essai d'interprétation. — M. E. DE MASSARY. L'absence de corrélation entre les syndromes nerveux et les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien se rencontre dans les maladies aiguës telles que les oreillons et dans les maladies à marche lente telles que celles jadis dénommées parasyphilitiques.

Le système nerveux dans son ensemble est constitue par deux tissus : l'un le tissu parenchymateux, d'origine ectodermique, a comme élément constitutif la cellule nerveuse, élément hautement différencié, irremplaçable, l'autre le tissu interstitiel conjonctivo-vasculaire, d'origine mésodermique.

Lorsqu'on admet l'interdépendance de ces deux tissus, le tissu interstitiel, premier lésé, étouffant la cellule nerveuse, il est difficile de comprendre l'absence de corrélation entre la clinique et les données de la ponction lombaire. Par contre, cette absence de corrélation s'explique en admettant, ce que E. de Massary soutient depuis 1896 et ce qui paraît prouvé par les recherches bactériologiques modernes, que l'agent infectieux ou toxique peut frapper directement le tissu parenchymateux et le tissu interstitiel, sans se servir de l'un pour atteindre l'autre. Cette atteinte peut se faire exclusivement sur un tissu ou simultanément sur les deux, mais dans ce dernier cas, à des degrés variables. Par la clinique nous interrogeons la cellule nerveuse, par la ponction lombaire, le tissu conjonctivo-vasculaire et méningé, les réponses peuvent donc ne pas concorder.

La dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. A. CLERC, S. VIALARD et BALACEANU. A propos de trois cas personnels étudiant la *dissociation auriculo-ventriculaire dans le cours du rhumatisme articulaire aigu*, incident rare, mais non exceptionnel. Bien que pouvant réaliser le syndrome de Stokes-Adams avec pouls lent et syncope mortelle, souvent ladite dissociation se montre incomplète ou bien complète, mais sans bradycardie, fugace ou intermittente, et se termine au bout de quelques semaines ou même de quelques jours par la guérison. Dans tous les cas, sa rareté relative s'oppose à la fréquence de l'augmentation de l'espace P. R. qui sépare sur l'électro-cardiogramme la contraction de l'oreillette de celle du ventricule. De nouvelles observations suffisamment prolongées montreront seules s'il faut voir dans l'anomalie considérée une amorce pour le développement dans un avenir éloigné d'une dissociation permanente.

Autres communications :

M. EMILE ROUX présente un travail de M. BEZANÇON et de Mlle DREYFUS sur la *vaccination antidiphtérique dans une population scolaire et préscolaire de la banlieue parisienne*. Enfin, M. CROUZON apporte un travail sur *la pathogénie de la dysostose cranio-faciale héréditaire*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 28 octobre 1932.

Hémorragie rénale bilatérale sans néphrite au cours du traitement par l'insuline chez un diabétique jeune. — MM. ROCH et ERIC MARTIN rapportent l'observation d'un homme de vingt-six ans, traité depuis trois ans par l'insuline et qui présente pendant deux semaines d'abondantes hématuries sans aucun signe quelconque de néphrite. Cet accident impressionnant demeure généralement sans conséquence fâcheuse et il ne doit pas empêcher de continuer le traitement insulinique.

M. LABBÉ. — Il s'agit d'une simple coïncidence et jamais l'insuline ne donne d'hémorragies.

Pneumococcie pulmonaire aiguë curable. Image radiologique simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse. — MM. A. CAIN, OURY et Mlle BARNAUD rapportent l'observation d'un jeune homme chez qui le caractère atypique des signes respiratoires brusquement apparus et l'atteinte de l'état général font craindre une tuberculose aiguë, diagnostic que semble confirmer l'image radiologique. Mais il existe une forte leucocytose et les crachats purulents contiennent des pneumocoques à l'état de pureté, à l'exclusion du bacille de Koch. L'évolution clinique et radiologique confirma les données du laboratoire et permit d'éliminer la tuberculose.

Gliome du lobe frontal. Importance diagnostique du syndrome épilepsie et céphalée. Évolution brusquée, mort rapide imprévue. — MM. E. DE MASSARY et BOQUIEN rapportent l'observation d'une femme de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital Beaujon en octobre 1929, pour crises d'épilepsie généralisée et céphalée. Sur cette association épilepsie et céphalée on pensa à une tumeur cérébrale ; la recherche de tous les autres symptômes de tumeur cérébrale : paralysie locale, fond d'œil, etc., fut au début négative. Un traitement d'épreuve par le cyanure de mercure améliora passagèrement la situation. En décembre, les crises épileptiques devinrent plus fréquentes ; cette fois, stase papillaire, hypertension rachidienne à 45 centimètres en position couchée, état du mal, mort.

Cette aggravation brusque, imprévue, survint au moment où une intervention se décidait.

A l'autopsie, gliome astrocytaire, gros comme une mandarine dans le lobe frontal droit.

Les auteurs insistent sur l'importance diagnostique du syndrome épilepsie et céphalée, l'apparition tardive des signes papillaires, l'apparition tardive de l'hypertension rachidienne, la brusque apparition des accidents graves, que l'on ne pouvait prévoir, pendant que l'on discutait une intervention ; la chirurgie des tumeurs cérébrales est donc une chirurgie d'urgence.

M. BABONNEIX croit aussi à l'importance diagnostique de l'association d'épilepsie et de céphalée et à la fréquence de mort subite dans les tumeurs cérébrales.

M. ALAJOUANINE. — La mort subite s'observe surtout dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, en particulier celles du quatrième ventricule et dans les abcès du cerveau quel que soit leur siège. Il insiste sur l'existence de tumeurs cérébrales à évolution aiguë.

Asthme essentiel chez une tuberculeuse atteinte de cardiopathie. — M. G. CAUSSADE rapporte l'observation d'un asthme héréditaire qui a évolué classiquement

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence. A vingt-deux ans, atténuation et cessation momentanée des crises. Un rétrécissement mitral, découvert au cours d'une grossesse, ne semble pas avoir modifié les crises. A la suite de cette grossesse, on vit une reprise des accès très intenses et très fréquents ; et, au cours d'une congestion pulmonaire fébrile, on trouva dans des crachats asthmatiques typiques, avec éosinophiles, des bacilles de Koch. Un an après, la tuberculose devint évidente et toute crise d'asthme cessa. L'auteur croit qu'il s'agit d'asthme chez un cardiaque et qu'asthme et tuberculose sont peut-être initialement coopérants.

M. Jacquelin insiste sur la fréquence de l'association parfois intime de l'asthme et de la tuberculose, pouvant notamment donner lieu à l'alternance de crises d'asthme et d'hémoptysies ; mais il croit que dans la majorité des cas la tuberculose ne joue que le rôle d'une épine pulmonaire. Il a observé chez les cardiaques des crises d'asthme typiques cédant aux tonicardiaques et croit à la réalité de l'asthme cardiaque.

M. Apert a observé chez l'enfant des crises d'asthme très précoces avant toute atteinte tuberculeuse facile à vérifier par la cutiréaction.

M. Comby a fait les mêmes constatations. Il pense qu'il faut éviter de confondre asthme vrai et dyspnées asthmatiformes. Il n'existe aucun rapport entre l'asthme vrai et la tuberculose ou les cardiopathies.

M. Baudouin présente un ouvrage de MM. Penot, Blanchard et Simonnet : la thyroïde.

M. Degennes. — Présentation d'ouvrage.

Septicémie à pneumocoques sans localisation pulmonaire. — MM. Monnier Vinard, Chabanier et Porin.

Association de maladie de Parkinson et de maladie de Basedow. — MM. Alajouanine, Boudin et Maire présentent une malade atteinte, il y a cinq ans, d'encéphalite léthargique chez qui se sont développés parallèlement un syndrome parkinsonien avec torticolis, palilalie, et troubles vaso-moteurs, et des signes de maladie de Basedow avec métabolisme basal est très augmenté.

A propos de cette observation et d'autres cas analogues moins caractérisés et dont un exemple est également présenté (syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec développement parallèle d'exophtalmie, tachycardie et exagération du métabolisme), les auteurs discutent la pathogénie des troubles neuro-végétatifs consécutifs à l'encéphalite et la possibilité de dysfonctionnement thyroïdien à la suite de ces perturbations fonctionnelles ; de sorte que l'on pourrait observer, par suite des lésions nerveuses de l'encéphalite, toute une chaîne d'états pathologiques allant des troubles neuro-végétatifs aux syndromes parabasedowiens et, même, à la maladie de Basedow proprement dite.

M. Baudouin ne pense pas que la maladie de Basedow puisse avoir son origine au niveau du système nerveux central. Augmentation du métabolisme basal n'est pas synonime de maladies de Basedow. L'infection originelle pourrait avoir franchi la barrière perverse et provoqué une thyroïdite.

M. Ravina signale que Cushing a montré récemment influence importante du système nerveux central sur e système neuro-végétatif.

M. Pagniez a observé un cas de maladie de Basedow consécutive à une névraxite.

M. E. Bernard rappelle qu'il a rapporté récemment une observation d'œdème aigu du poumon au cours d'une encéphalite dont l'origine était vraisemblablement nerveuse par un processus vasomoteur.

M. May croit qu'on pourrait expliquer de tels faits, soit par l'existence d'un centre cérébral régulateur du tonus des glandes endocrines, soit par l'apparition tardive d'un hyperfonctionnement glandulaire à la suite d'une lésion nerveuse.

M. Labbé pense que l'hypertonie musculaire et le tremblement peuvent élever le métabolisme basal. Nos connaissances ne permettent pas encore de résoudre la question dans le sens de l'origine nerveuse de la maladie de Basedow.

Paramyotonie congénitale. Troubles dans les échanges du calcium sanguin. Traitement par la parathyroide Richter. — M. C. I. Urecchia, Mme Retezeanu et M. Dragonnie (Cluj) relatent ce cas observé chez une fillette de quinze ans ; on constata une hypocalcémie s'accentuant pendant les accès. L'opothérapie parathyroïdienne avec le produit de Richter fit monter les valeurs du calcium sanguin et disparaître les crampes. Ils résument aussi l'observation d'une famille dans laquelle la paramyotomie fut observée dans quatre générations.

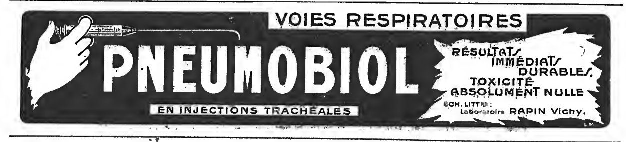
Un cas de maladie de Chauffard-Still. — MM. G. Étienne, Drouet, Lougot et Richon (Nancy) relatent un cas de cette maladie observé chez une femme de vingt-neuf ans. Ils relèvent les particularités suivantes : une surdité prononcée, l'apparition des premiers symptômes peu après un accouchement, l'existence d'une grosse rate, la présence d'adénopathies médiastinales. La malade présente une insuffisance mitrale. Cependant, l'échec du salicylate de soude, au moins sur les poussées, le type fibreux des adénopathies, l'adénopathie et la splénomégalie ne plaident guère en faveur de la maladie de Bouilland. Les auteurs n'ont pas davantage trouvé d'arguments en faveur d'une étiologie tuberculeuse. Ils restent donc dans l'incertitude sur la nature de ce curieux syndrome.

Épilepsie cardiaque chez un individu atteint de cardiopathie valvulaire.—M. G. I. Urecchia (Cluj) rapporte l'observation d'un homme de trente-huit ans qui, trois ans après une attaque de rhumatisme polyarticulaire survenue en 1923 et ayant entraîné une sténose mitrale avec insuffisance aortique, présenta des crises espacées d'épilepsie qui semblent bien d'origine cardiaque et peut-être dues à des crises transitoires d'hyposystolie cérébrale suivant l'hypothèse émise par Lian.

Remarques sur la sérothérapie anticharbonneuse. — MM. Théodore Dumitresco et Cr. Jonnesco (Bucarest), à propos de deux cas personnels, affirment que la sérothérapie anticharbonneuse doit être appliquée à doses massives : 100 à 200 centimètres cubes pour une injection intramusculaire, sous-cutanée ou même intraveineuse dans les cas graves. Ces doses seront répétées pendant plusieurs jours, même si les phénomènes cliniques ont disparu, car il faut se défier de complications septicémiques dues à la persistance de certains foyers métastatiques ou à la guérison incomplète de certaines localisations cachées, notamment en cas de charbon intestinal.

Jean Lereboullet.


ASEPSIE
DU
RHINOPHARYNX
INHALANT
POUDRE ET HUILE
L'INHALANT HUILE
s'emploie en pulvérisations ou en badigeonnages.
L'INHALANT POUDRE
s'emploie en inhalations dans l'eau chaude
Calmants antiseptiques non irritants décongestionnants des fosses nasales
Pas d'alcool, pas de cocaïne, neutralité absolue.
LABORATOIRES DUMOUTHIERS, 11, Rue de Bourgogne, PARIS.


VOIES RESPIRATOIRES
PNEUMOBIOL
EN INJECTIONS TRACHÉALES
RÉSULTATS IMMÉDIATS DURABLES,
TOXICITÉ ABSOLUMENT NULLE
ÉCH. LITTRE :
Laboratoire RAPIN Vichy.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1932.

M. Pierre Duval, président, communique à la Société le décès du professeur Félix Lejars et fait son éloge.

La séance est levée en signe de deuil.

A la reprise, M. Chevassu rend compte de sa mission au Congrès d'Ottawa.

A propos des abcès du poumon. — M. Métivet rapporte trois cas d'abcès de la base traités par la phrénicectomie avec deux succès et un échec.

Thromboses mésentériques. — M. Grégoire communique l'observation suivante. Intervenant pour occlusion intestinale, on trouve tout le côlon ascendant et une partie du transverse d'aspect sphacélique. On se borne à pratiquer l'extériorisation, suivie de l'élimination spontanée de la portion sphacélée. Secondairement on découvre l'existence d'un cancer du côlon sigmoïde traité comme tel. Malheureusement la cure secondaire des fistules fut irréalisable et le malade mourut six mois plus tard.

Hernie rétro-péritonéale. — M. Proust rapporte une observation de M. Oberlin concernant une hernie complète du grêle rétro-péritonéale. Le collet du sac était marqué par le passage d'une mésentérique inférieure anormale, née de la mésentérique supérieure. Réduction simple de la hernie. Guérison.

Anesthésie au numal. — M. Fredet analyse un travail de MM. Keller et Knud Bierring (de Copenhague), portant sur plus de 500 anesthésies au numal. M. Fredet après avoir analysé les effets et les indications de ce mode d'anesthésie, conclut à l'excellence de la méthode comme anesthésie de base.

M. Bréchot estime que c'est là un produit toxique et donne la préférence au bromure de sodium qu'il donne par la voie buccale. La méthode permet de diminuer la dose d'éther et supprime d'autre part les vomissements.

M. Fredet estime que le numal reste sans danger.

Traitement du cancer du col utérin. — M. Hartmann a revu les observations des malades traitées à l'Hôtel-Dieu entre 1921 et 1926.

Sur 24 colpo-hystérectomies, on compte 17 guérisons.

Sur 305 traitées par la curiethérapie, il y eut 6 morts en cours de traitement, et de nombreuses complications (fièvre, périmétrite). Parmi les malades restantes, celles rentrant dans les catégories I et II sont guéries dans la proportion de 62 p. 100, et dans les catégories III et IV dans la proportion de 20 p. 100 seulement.

Pour éviter les complications infectieuses après l'application de radium, M. Hartmann propose de la faire précéder d'un temps chirurgical : électrocoagulation des masses bourgeonnantes.

Quant à l'hystérectomie post-curiethérapique, l'auteur la tient pour inutile, les récidives se produisant en dehors de l'utérus. Enfin la rœntgenthérapie post-curiethérapique paraît être la meilleure arme à opposer aux récidives.

M. Hartmann estime, pour terminer, que dans les cas au tout début, la colpo-hystérectomie donnerait peut-être des résultats supérieurs à la curiethérapie.

M. Proust apporte sa statistique des années 1922 à 1925. La curiethérapie a donné 43 p. 100 de guérisons ; 103 malades vivantes en 1926. Il n'en reste que 24 en 1932. Malgré ces résultats, étant donnés les cas traités appartenant aux catégories II et III, M. Proust estime que ces résultats sont encourageants et que la curiethérapie est, à l'heure actuelle, le meilleur traitement du cancer du col utérin.

Séance du 19 octobre 1932.

Hernie inguinale irréductible. — M. Roux-Berger rapporte cette observation de M. de la Marinière. L'intestin était perforé. Suture. Guérison.

Occlusion post-appendiculaire. — M. Martin relate une observation de M. Barret (d'Angoulême). Réintervenant au dix-septième jour, l'auteur fait une iléo-transversotomie et guérit son malade.

Fibrolipome de la boule de Bichat. — MM. Hodacki et Marie en ont observé un cas rapporté par M. Moulonguet, et où l'on avait posé le diagnostic de tumeur mixte de la parotide.

A propos de la greffe dans le mal de Pott. — M. Sorrel analyse un travail de M. Delchef. L'auteur estime que, si le greffon de l'adulte reste solide, celui de l'enfant, au contraire, passe par un stade de fragilité au cours duquel les fractures en sont fréquentes. Il conclut à l'immobilisation longtemps prolongée des opérés.

M. Duval estime que le greffon se résorbe également chez l'adulte, et M. L. Bazy partage son point de vue.

M. Bréchot a constaté que l'opacité du greffon, après avoir diminué, augmentait à nouveau.

M. Bloch estime que l'image radiographique ne permet pas de conclure à la vie où à la mort d'un greffon.

M. Lance, ayant greffé une pseudarthrose de jambe, put voir, à la faveur d'une suppuration superficielle, le greffon être réhabité tout en gardant sa rigidité.

Désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe du genou. — M. Mouchet rapporte une observation de MM. Redon et Vuillième. Après une longue histoire de blocages, les auteurs, après exploration des deux ménisques, pratiquèrent la méniscectomie. Guérison complète.

M. Braine, sur 60 cas, a observé seulement trois ou quatre lésions du ménisque externe, généralement en arrière. Il estime, comme les auteurs, que la double incision latérale est préférable à la grande arthrotomie antérieure.

M. Alglave préfère la voie transrotulienne.

Hernie périnéale de la vessie. — M. Proust rapporte une observation de M. Oberlin. La vessie apparaissait dans la partie postérieure de la grande lèvre du côté gauche, après avoir traversé le releveur. Récidive deux ans après l'intervention.

Péritonite encapsulante. — M. L. Bazy analyse deux travaux de MM. R. Bernard et Delalande, et de M. Pinson (de Béziers), M. Bazy insiste sur l'intégrité signalée du péritoine pariétal et dont la constatation est nécessaire pour poser le diagnostic de péritonite encapsulante. Il pense que la membrane encapsulante est constituée par le grand épiploon.

M. Soupault estime que l'état constaté n'est que le stade ultime de certaines péritonites chroniques.

M. Lenormant répète que les lésions anatomiques de la péritonite encapsulante sont tout à fait particulières.

Henri Redon.

REVUE DES CONGRÈS

II[e] CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Genève, 28-29 septembre 1932.

La seconde conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive (section médicale de l'Union internationale de secours aux enfants) vient de se tenir à l'Hôtel de Ville de Genève, dans la salle dite de l'Alabama, célèbre par la signature de la Convention de Genève, par celle du traité d'arbitrage anglo-américain après la guerre de Sécession et qui renferme des peintures et des souvenirs allégoriques évoquant ces événements. Après la séance d'ouverture présidée par le conseiller d'Etat P. Lachenal, le président effectif de la conférence, professeur Taillens (de Lausanne), souhaita la bienvenue aux congressistes dans un discours dont la forme littéraire fut particulièrement goûtée.

L'étude de la première question fut ensuite abordée.

PREMIER RAPPORT. — **La Prophylaxie de la syphilis chez les enfants de parents syphilitiques avérés.**

Rapporteurs : MM. E. LESNÉ et M[me] LINOSSIER-ARDOIN (de Paris).

La prophylaxie de la syphilis chez les enfants nés de parents syphilitiques avérés est, avant tout, constituée par le *traitement correct des procréateurs pendant quatre ans avant la conception et de la femme pendant la gestation.*

Ce traitement *durant la grossesse* sera intensif et prolongé : il consistera en séries rapides d'injections intraveineuses d'arzénobenzènes à doses totales suffisantes : 0gr,10 par kilogramme et par série; le repos entre chaque série ne dépassera pas un mois. Seront ainsi traitées non seulement les femmes ayant présenté des signes de syphilis, mais encore celles qui, n'ayant pas eu de symptômes apparents de l'affection, vivent avec un mari dont la syphilis n'a pas été suffisamment soignée.

Le traitement durant la grossesse est encore nécessaire, mais les arsénobenzènes en injections intraveineuses ne sont pas indispensables, si la syphilis des procréateurs a été correctement traitée ou si les procréateurs sont atteints de syphilis congénitale.

Chez l'enfant *né sain* de syphilitiques bien traités avant la conception et pendant la grossesse, le traitement préventif est inutile, car l'enfant a les plus grandes chances de rester normal, mais il faut le surveiller, l'examiner tous les six mois pendant trois ou quatre ans, et, à la moindre suspicion, faire le traitement.

A l'enfant, même apparemment sain, né de syphilitiques insuffisamment traités, il faudra appliquer la cure préventive de deux à quatre ans, puis exercer une surveillance clinique jusqu'à l'âge de cinq ans.

Si l'enfant naît avec des manifestations cliniques, ou avec des réactions biologiques positives, un traitement s'impose aussi rigoureux que chez un adulte contaminé et qui doit être poursuivi quatre ans. La cure d'attaque sera continuée jusqu'à disparition des signes cliniques. En cas de lésions viscérales intenses et multiples, surtout hépatiques et rénales, on préférera aux injections sous-cutanées d'arsénobenzènes tels que le sulfarsénol, le mercure en frictions ou les sels liposolubles de bismuth. La cure d'entretien sera poursuivie deux ans au moins, puis l'enfant sera surveillé un an ou deux en pratiquant tous les six mois un examen clinique et sérologique. Les résultats du traitement sont variables. Le traitement curatif de l'enfant donne 52 p. 100 de guérisons complètes ; le traitement prophylactique de la mère avant et pendant la grossesse permet d'obtenir 86 p. 100 d'enfants normaux. *L'expérience clinique et les statistiques démontrent d'une façon éclatante la supériorité des mesures prophylactiques sur le traitement curatif.*

M.-D. NABARRO (de Londres). — L'idéal, c'est de prévenir la syphilis dans la descendance, en traitant la mère pendant la grossesse. Si l'enfant de parents syphilitiques ne présente pas de symptômes de la maladie et si les réactions sérologiques sont négatives à plusieurs reprises, on peut surseoir au traitement, mais l'enfant doit être examiné chaque année jusqu'à la puberté et ensuite aussi longtemps que possible. Si les réactions biologiques sont positives, l'enfant doit être traité deux ou trois ans au moins et être examiné chaque année jusqu'à la puberté.

Le résultat du traitement de l'enfant est très variable : des rechutes et particulièrement des kératites interstitielles peuvent apparaître plusieurs années après la négativation du Wassermann. L'examen par ponction lombaire du liquide céphalo-rachidien, pratiqué systématiquement pendant la première année, a montré une atteinte méningée dans plus de 50 p. 100 des cas. Il faudrait procéder à une *ponction lombaire dans chaque cas* de syphilis congénitale pour dépister les neuro-syphilis latentes et prévenir ainsi les neuro-syphilis cliniques toujours difficiles, sinon impossibles à guérir.

La syphilis de deuxième génération n'est pas rare, quelquefois sévère. Pour éviter ses manifestations un *examen médical avant le mariage* et la *déclaration de la syphilis congénitale, de la paralysie générale et du tabes dorsalis* seraient des mesures nécessaires.

Discussion.

P[r] ROHMER (Strasbourg). — Ce qui est capital, c'est le traitement des procréateurs et le traitement de la mère dès le début de la gestation. Malheureusement les femmes qui viennent aux consultations prénatales sont déjà au quatrième ou au cinquième mois de leur grossesse. Le traitement préventif débute trop tard, mais, ainsi pratiqué, il est encore utile. Il faut insister sur l'importance du service social pour rechercher les mères et les inciter à se faire traiter avant et dès le début de chaque grossesse.

M. PÉHU (Lyon). — La source principale de la syphilis congénitale est la mère. On ne trouve pas le tréponème chez l'embryon avant le cinquième mois.

La méthode prophylactique donne d'excellents résultats, mais elle demande la mise en œuvre de toute une série de rouages : consultations prénatales, dispensaires antivénériens, examen clinique et sérologique des accouchées, consultations de nourrissons et service social.

C'est au fonctionnement de ces divers organismes et à l'emploi des composés arsenicaux que l'on doit les progrès

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

considérables faits depuis quelques années dans la prophylaxie de la syphilis congénitale.

M. le Pr MOURIQUAND (Lyon). — Le père peut, lui aussi, dans une certaine mesure, être incriminé en présence des dystrophies syphilitiques congénitales. On a pu voir des cas ou la mère avait été traitée sans résultat et où le traitement simultané du père a permis d'avoir des enfants apparemment sains.

Il ne faut pas limiter la prophylaxie à la syphilis avérée, car nous allons vers une syphilis atténuée. Si l'on a vu à tort la syphilis partout, il ne faut pas exagérer la réaction contre cette tendance.

Il ne faut pas traiter trop brutalement la syphilis congénitale ; il faut tenir compte de la *trophicité* des enfants, et souvent préparer, chez les hypotrophiques et les hépatiques, l'action des arsenicaux par le mercure, notamment les suppositoires à l'onguent napolitain. La syphilis peut apparaître tardivement chez certains enfants fragilisés par une croissance excessive ou en état de déséquilibre nutritif. Il est bon d'ajouter au traitement spécifique l'opothérapie endocrinienne ainsi que des vitamines.

M. G. BLECHMANN (Paris) estime qu'il ne faut pas exagérer l'action dystrophiante du traitement intensif de la mère et pense que cette crainte pourrait au contraire entraîner l'apparition de syphilis congénitales d'enfants nés de mères insuffisamment traitées. Il signale la réactivation de la syphilis maternelle par la grossesse. Il réserve aux cas graves le novarséuobenzol en injecions intraveineuses, et note les bons effets du cyanure d'hydrargyre intraveineux dans les lésions oculaires de l'enfant. Enfin il n'est pas d'avis d'exiger constamment la ponction lombaire et des examens sérologiques répétés.

M. le Pr LEREBOULLET (Paris) est d'accord avec les rapporteurs sur l'importance capitale de la prophylaxie prénatale de la syphilis congénitale mais souligne les difficultés pratiques de l'idéal à poursuivre. Il montre que la syphilis congénitale peut apparaître parfois très tardivement par rapport à la contamination des parents et des manifestations se réveiller simultanément chez les ascendants et les descendants. Dans un cas, il vit un réveil tardif presque simultané chez l'enfant âgé de dix-huit ans et chez le père quarante ans après le chancre. Dans un autre, trente ans après la syphilis primaire, des accidents apparaissent chez le père, la mère et leurs deux enfants à la même époque. Si donc on est sûr de la syphilis, il est bon de traiter l'enfant, même sain, à moins qu'on ait pu correctement soigner la mère pendant la grossesse. La prophylaxie de la syphilis congénitale de l'enfant a fait de grands progrès grâce aux crédits attribués en France à la lutte antivénérienne ; ils ont permis de multiplier les consultations prénatales et les consultations de nourrissons et d'organiser un service social actif et vigilant.

Pr HAMBURGER (Vienne). — La lutte contre la syphilis congénitale présente un côté social important et nécessite une organisation complexe. A Vienne, les résultats obtenus ont été excellents et l'emploi par voie buccale des sels arsenicaux pentavalents (Spirocid) paraît avoir donné des résultats efficaces.

Pr FR. VON GROER (Lemberg). — Pour lutter efficacement contre la syphilis congénitale, trois conditions sont nécessaires : une bonne organisation, la collaboration étroite des accoucheurs, des pédiatres et des dermatologistes, et des procédés de diagnostic délicats. A ce sujet, l'étude clinique et sérologique de la maladie a fait de grands progrès et permis un traitement rapide et intensif chez les procréateurs et chez l'enfant pendant les premiers mois de la vie.

Pr E. ROTT (Berlin). — Depuis 1927 en Allemagne, le traitement de la syphilis reconnue est obligatoire. On fait à chaque femme venant à la Maternité un Wassermann (il est positif dans 5 p. 100 des cas environ). On traite surtout à l'aide du néosalvarsan et d'un sel pentavalent (Spirocid). Grâce à ces mesures, la mortalité infantile due à la syphilis congénitale a diminué fortement dans ces dernières années.

Dr E. WIELAND (Bâle). — Chez deux enfants de mère syphilitique, arséno-intolérants, un traitement par le bismuth liposoluble, à fortes doses, rendit le Wassermann négatif, mais une paralysie flasque des membres inférieurs se déclara ; elle paraît pouvoir être rattachée à l'action du bismuth. Quant aux sels arsenicaux pentavalents administrés *per os*, ils sont d'un maniement commode et paraissent efficaces.

Pr J. TAILLENS (Lausanne). — Il arrive que certains enfants bien traités conservent durant des années un Bordet-Wassermann positif et des troubles nerveux sur lesquels le traitement semble n'avoir pas de prise. Que faut-il faire : un traitement intrarachidien ? intraventriculaire ? ou l'inoculation de la malaria ?

La syphilis de deuxième génération semble bien exister, elle peut sauter une génération et se révéler par des troubles dystrophiques.

Pr ROHMER (Strasbourg). — A la campagne, on ne peut, comme en ville, avoir la même organisation de consultations prénatales. Le médecin de famille doit être chargé du dépistage de la syphilis et du traitement de la mère lors de la grossesse, ces consultations et soins étant directement payés au praticien par le département pour les indigents. En Alsace, toutes les femmes touchant une allocation quelconque doivent obligatoirement se présenter au début de toute grossesse au médecin de famille.

Pr T. VALAGUSSA (Rome). — En Italie, outre les nombreuses consultations gratuites antivénériennes il existe des dispensaires ambulants rendant dans les campagnes de grands services. Dans les cas de dystrophies, l'iodure de potassium associé au mercure et à l'arsenic donne des résultats excellents.

Dr P.-F. ARMAND-DELILLE (Paris), insiste sur l'importance du service social et du travail combiné des consultations prénatales et des nourrissons.

Conclusions.

Les conclusions suivantes ont été votés par la conférence après discussion :

La prophylaxie de la syphilis congénitale comporte :

1° Le traitement des procréateurs et plus spécialement le traitement de la femme en état de gestation, si possible dès le début de la grossesse. Cette règle de conduite s'applique non seulement à la femme syphilitique avérée ou atteinte de syphilis congénitale (hérédo-syphilis),

mais aussi à la femme apparemment saine d'un syphilitique avéré. Ce traitement doit être précoce, intensif et prolongé pendant toute la durée de la grossesse.

2° Lorsque l'enfant naît avec des signes de syphilis avérée (cliniques, humoraux ou sérologiques), il doit être traité immédiatement et de façon intensive et prolongée, en tenant compte de sa moindre résistance, notamment dans les cas d'atteintes viscérales multiples, de nutrition défectueuse.

3° Lorsque l'enfant naît apparemment sain, sans signes cliniques, humoraux et sérologiques de syphilis : si les procréateurs ont été insuffisamment traités, il faut appliquer à l'enfant une médication préventive, moins intensive que le traitement curatif, mais suffisamment prolongée. Nombre de médecins estiment pourtant que, même dans ce cas, on peut se comporter comme dans le cas suivant; si, au contraire, les procréateurs ont été correctement traités et particulièrement la mère pendant la grossesse, l'enfant doit être placé sous surveillance médicale, et, si cette surveillance est rigoureuse et prolongée, on peut surseoir au traitement, quitte à l'appliquer à la moindre suspicion.

4° L'application de cette prophylaxie comporte la participation du médecin de famille et l'effort parallèle et coordonné des consultations vénériennes, prénatales et pédiatriques, celui des infirmières-visiteuses et du service social. Pour que ces directives puissent avoir leur maximum d'action, il faut de plus faire l'éducation des familles (par le médecin) et du public, etc., en leur démontrant les dangers de la syphilis congénitale.

(*Adoptées à l'unanimité.*)

2e Question. — **Prophylaxie des troubles nerveux chez l'enfant.**

I. — Rapporteur : M. le P Hamburger (Vienne).

Il n'existe pas de névroses purement endogène ou purement exogène. Les prédispositions et les influences extérieures (milieu) jouent un rôle dans chaque cas. Chacun de ces deux facteurs peut jouer un rôle minime ou moyen, ou encore déterminant. Parmi les facteurs endogènes, l'hérédité est très importante, les maladies infectieuses (encéphalites luétiques ou autres) le sont moins. Le milieu et surtout l'éducation sont prépondérants. Nous ne parlons, dans ce rapport, que ces facteurs externes.

Les causes premières des névroses se trouvent dans des modes de vie artificiels et surtout dans une éducation artificielle, donc fausse au point de vue phylogénétique. Une éducation et un mode de vie naturels, c'est-à-dire justes au point de vue phylogénétique, sont la meilleure prophylaxie des névroses. Le mode de vie naturel consiste en une alimentation rationnelle, une exposition rationnelle à l'air et à la lumière, une propreté rationnelle, et surtout en un travail rationnel, c'est-à-dire très étendu, de la musculature. L'application d'une bienveillance prévoyante constitue la bonne éducation. L'enfant doit pouvoir reconnaître facilement la bienveillance qui doit être accompagnée d'une fermeté facilement discernable aussi. Comme les enfants sont en général de bons observateurs, la tâche de l'éducateur n'est pas difficile s'il est réellement bienveillant. Car, d'après la règle de l' « automatisme thymogène », ce qui est juste se produira automatiquement. L'enfant entre dans un bon état d'esprit et sera bien éduqué d'une manière « automatiquement thymogène ». C'est ainsi que l'art de l'éducation humaine s'est développé dans les cinq ou six derniers siècles. Un grand nombre de principes éducatifs des cinquante dernières années sont faux, et ceci est la cause des névroses aujourd'hui si fréquentes (y compris la neurasthénie) des enfants de tous les milieux dans l'Occident civilisé. Toutefois, même dans l'éducation plus conforme à la nature d'autrefois, il y avait des erreurs que l'on ne peut nier, et qui doivent être évitées à l'avenir. Il faut éviter en premier lieu de tant s'inquiéter de l'alimentation, de la défécation et de la miction, de la propreté soi-disant hygiénique et tellement exagérée. Tout ceci apporte des troubles de la vie, naturellement inconsciente et sans souci de l'enfant, le conduit à l'auto-observation, l'hypocondrie, l'égocentrisme et la crainte, et par là à la névrose. Faute de contact avec des camarades, l'enfant unique manque de joie et devient vieux avant l'âge. Toutes sortes de symptômes d'agitation se manifestent : anorexie, troubles du sommeil ; les muscles ne sont plus suffisamment exercés ; la musculature, le cœur, les poumons et les os ne se développent pas assez. Les mesures prophylactiques se déduisent facilement de ce qui précède.

Les aptitudes de l'enfant à faire des expériences doivent être utilisées d'une manière appropriée. C'est ainsi qu'il apprend le respect des parents, si important, et l'indispensable obéissance. Généralement, l'apprentissage de l'obéissance ne fatigue pas le système nerveux. Grâce à la fermeté et à la bonté, on obtient facilement l'obéissance et de la clarté au lieu du doute et de l'indécision comme on le voit si souvent dans les éducations molles et inconséquentes. Le « non » d'une interdiction ne doit pas se changer en un « oui » de permission. L'obéissance dans l'abstention de certains actes peut être facilement obtenue au cours des deux premières années avec l'aide d'impressions désagréables. L'obéissance dans l'exécution est plus lente à obtenir avec l'aide d'impressions agréables. L'éducateur ne peut employer les principes fondamentaux de la fermeté et de la bonté que s'il sait se dominer lui-même.

L'importance de ces deux principes fondamentaux devrait être enseignée aux parents (écoles pour mères et pour parents) d'une manière tout à fait pratique, avec beaucoup d'exemples, et en réduisant les explications théoriques au minimum. Ces principes doivent être vivants et actifs chez toute personne se consacrant à l'enseignement. Leur observation amène l'application automatique de la justice que les enfants reconnaissent si facilement et qui est si importante pour eux. On pourra ainsi prévenir les névroses, surtout si l'enseignement est en outre approprié à l'âge et attache plus d'importance à la formation du caractère qu'à des connaissances variées. Un effort trop grand pour apprendre est mauvais pour les enfants, surtout pour les filles. Il leur faut chaque jour une heure d'exercice physique joyeux et discipliné. Les devoirs à la maison ne devraient pas employer plus d'une heure.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

II. — Rapport de M. le Dr Heuyer (Paris) présenté par M. le Dr Pichon.

Sujet considérable qui embrasse presque toute l'hygiène mentale et dont il n'est possible que d'esquisser ici les grandes lignes. On s'accorde actuellement pour penser depuis Freud et la psychanalyse que le terme de « névrose s'étend à toutes les manifestations nerveuses et à tous les troubles psychiques qui n'ont pas une cause organique et qui sont l'expression symbolique de préoccupations affectives larvées ou inconscientes ». Définition plus large qu'au temps de Charcot, où tout facteur organique était contraire à l'idée de névrose, où l'hystérie jouait un rôle primordial et qui englobait des affections telles que la maladie de Parkinson, la neurasthénie. Aujourd'hui on trouve « avec l'ancienne hystérie, les obsessions, les manifestations de dépression comme la mélancolie, d'excitation comme la manie, des anomalies sexuelles, des tendances perverses ». En somme, la « névrose représente une tendance affective qui prédispose soit à une maladie mentale dont la cause organique n'est pas actuellement connue, soit à la délinquance, soit à la criminalité. »

La prophylaxie de ces tendances psychopathiques chez l'enfant dépend des conceptions admises comme étiologie. Deux théories sont en présence : celle de l'*hérédité* et celle du *milieu*. Ceux qui admettent que l'hérédité joue dans neuf dixièmes des cas concluent à la nécessité de l'*eugénique*, à l'institution du *certificat prénuptial*, aux procédés tendant à empêcher la reproduction d'individus dont l'hérédité est chargée. La stérilisation, la castration ont été proposées et rejetées presque partout. La ségrégation en des établissements spéciaux fermés serait efficace, mais exige des créations nombreuses et coûteuses. Ce problème de l'eugénique varie avec les divers pays.

A côté de l'hérédité, le traumatisme obstétrical, les infections, les intoxications de l'enfance, les encéphalites particulièrement, les troubles endocriniens jouent un rôle certain.

Reste l'influence considérable *de l'éducation et du milieu* sur le psychisme de l'enfant ; c'est donc sur ces facteurs que doit porter la prophylaxie.

Chez l'enfant normal, l'éducation et l'instruction dans la famille et à l'école sont très importantes pour l'hygiène mentale. Le calme, la régularité dans les habitudes, la justice, le contact avec d'autres enfants en sont les éléments essentiels. La culture et le développement harmonieux de l'affectivité constituent une bonne prophylaxie des psychopathies. Il convient aussi de laisser se développer sans mystère la sexualité, afin de ne pas surexciter l'imagination. Une bonne orientation professionnelle concourt enfin à un équilibre correct. Les méthodes de Decroly (centres d'intérêt), de Ferrière (École active) rendent des services indéniables.

Chez les anormaux, l'éducation doit s'inspirer des mêmes principes avec des modalités appropriées. Ces enfants doivent être reconnus grâce au dépistage effectué ou facilité par le service social agissant sous le contrôle du médecin spécialiste dans le milieu familial ou scolaire ; le rôle des tests (Binet et Simon) concourt à la sélection des débiles intellectuels.

En réalité, dans chaque cas tous les éléments : hérédité, éducation, sont intriqués ; la biologie, le service social, la psychologie et la psychanalyse doivent s'associer pour fixer, sous le contrôle du médecin, les règles prophylactiques pour chaque cas. Les parents, les pédagogues les assistantes sociales en seront les réalisateurs.

Cette méthode, pour Heuyer, doit être mise en œuvre dans les « Child guidance clinics », les dispensaires de prophylaxie mentale de l'enfance et de neuropsychiatrie infantile ; les résultats déjà obtenus garantissent l'efficacité de la méthode.

Discussion.

Pr G. Rott (Berlin). — Les pédiatres doivent s'occuper du psychisme de l'enfant tout autant que du physique. Il faut regarder comme un malade tout enfant difficile à élever ou à instruire.

Dépister, traiter et surtout prévenir les psychopathies est une tâche vraiment sociale qui dépasse l'action médicale ; c'est ainsi que le chômage, par exemple, a une répercussion sur l'état nerveux des parents et des enfants.

M. E. Pichon (Paris). — La notion de « constitution » est surtout une notion théorique, puisque nous n'avons aucun moyen d'action sur elle ; il est du reste difficile de choisir entre toutes les classifications proposées ; on peut cependant soutenir que les traumatismes obstétricaux, par exemple, créent des encéphalopathies et non des névroses qui par définition ne s'accompagnent pas de lésions organiques décelables par nos moyens actuels. Pichon, sans accepter en bloc le dogme freudien, fait appel à la technique psychanalytique chez l'enfant sous forme de traitements psychanalytiques courts d'inspiration freudienne, qu'il conseille d'associer aux méthodes somatiques et à l'opothérapie endocrinienne.

Il faut, avec la croissance, que l'enfant cesse de se croire « le centre du monde », comprenne l'utilité d'accepter *le risque* et jouisse d'une certaine indépendance.

M. G. Blechmann (de Paris) a constaté, à propos du dépistage des jeunes psychopathes, que l'une des premières anomalies qui mettent le pédiatre sur la bonne voie est l'apparition de ces *états anorexiques* parfois extrêmement précoces. Comme l'on sait, ceux-ci, même chez les nourrissons, sont souvent justiciables de l'isolement, et leur apparition doit éveiller l'attention du médecin de famille.

M. le Pr Lereboullet (Paris) s'associe aux rapporteurs pour affirmer la supériorité de l'éducation dans le milieu familial dont il précise les règles. Mais trop souvent, quand l'hérédité intervient, le milieu familial est mal adapté à cette tâche éducative ; la nervosité croissante de notre temps agit de même, néanmoins, il est bon de préciser les règles d'une bonne éducation, d'écarter comme dangereux l'égocentrisme, l'auto-observation, l'analyse de soi qui mènent trop souvent à la neurasthénie et aux psychasthénies diverses de l'adolescence. De même la tendance à l'affabulation, aux récits inventés qui mènent à la mythomanie est dangereuse. M. Lereboullet insiste sur le rôle de la fermeté et la bonté avec M. Hamburger, à la condition que l'enfant sache aussi s'épanouir dans la joie, ce qui évite les refoulements néfastes à la santé morale de l'enfant.

La surcharge des programmes d'enseignement qui

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

met obstacle à ce bien-être joyeux est donc blâmable.

Trop souvent malheureusement, cette disicpline éducative ne peut être poursuivie dans la famille. Les œuvres para et post-scolaires, le scoutisme y suppléent dans une large part. En France, la tendance à substituer le placement en milieu familial, surtout rural, au placement collectif donne d'excellents résultats pour la santé physique et morale de l'enfant. Pour l'enfance déficiente, des mesures spéciales s'imposent sur lesquelles le regretté Decroly avait insisté. Un comité national de l'enfance déficiente en France a créé, grâce à l'action de médecins, de psychologues, d'éducateurs, une école formant des maîtres compétents ; de plus, des consultations de dépistage, des écoles spéciales d'anormaux, des centres d'orientation professionnelle se créent par l'action de ce comité qui montre ainsi, à beaucoup d'égards, la voie à suivre.

Dr L.-A. Exchaquet (Lausanne). — Il faut attirer l'attention des médecins sur la fréquence des enfants psychopathes envoyés à l'hôpital pour une affection organique inexistante et que la discipline et la régularité de la vie hospitalière suffisent à guérir rapidement. L'éducation familiale imparfaite est souvent à la base de ces troubles, les parents oubliant trop souvent qu'à la tendresse il faut allier *la fermeté*.

Cette éducation des parents, difficile à réaliser, doit être commencée près des mères dès la consultation de nourrissons.

Pr G. Scheltema (Groningue). — L'éducation se it par l'exemple : aussi faudrait-il commencer par supprimer d'abord les mensonges conventionnels et mettre sa vie en conformité avec la vérité.

Pr J. Taillens (Lausanne). — Ce qui fait la complexite du problème, c'est que tout influe sur le système nerveux. L'agitation du milieu a une influence considérable sur l'état psychique de l'enfant, même chez le tout petit. Aussi, pour guérir certaines insomnies, crises de colère, vomissements, anorexie, convulsions, faut-il souvent sortir l'enfant de son milieu. Lorsque la mère a compris ce que peuvent obtenir le calme, la fermeté, la régularité, on peut lui rendre son enfant, elle agira de même chez elle.

Dr P.-F. Armand-Delille (Paris). — Le placement familial rural de l'œuvre Grancher a donné en France d'excellents résultats, de même que le placement familial pour le redressement moral des délinquants. Le calme, la vie au grand air, le travail musculaire rationnel sont une excellente hygiène mentale ; de même que les écoles de plein air, les colonies de vacances et les œuvres sportives sont de grande valeur en diminuant l'égocentrisme, en donnant aux enfants le sentiment de la solidarité. La saine fatigue des exercices de plein air est un moyen d'une grande efficacité.

Pr F. von Groer (Lemberg). — La crise mondiale est plus psychologique qu'économique, le conflit entre enfants et parents avec ses suites désastreuses en est une des causes. Les parents doivent conquérir la confiance de leurs enfants pour imposer dans la famille l'autorité nécessaire qui ne peut plus se fonder sur des impératifs abstraits.

Pr G. Mouriquand (Lyon). — Le placement des enfants nerveux à la campagne modifie heureusement leur santé physique et morale particulièrement chez les trop nombreux *inadaptés urbains* nerveux, fils de nerveux, petits intoxiqués dont l'agitation et l'intolérance pour certains aliments guérissent à la campagne sans qu'il soit nécessaire de les isoler du milieu familial.

Dr Claparède (Genève). — Pour élever un enfant, le flair ne suffit pas, il y a une science de l'éducation. Pour déterminer la part qui revient à l'hérédité et au milieu dans les troubles psychiques de l'enfant, il faudrait pouvoir s'adresser à des *jumeaux identiques* élevés dans des milieux différents, ce qui n'a pu encore être fait.

Dr Flournoy (Genève). — La psychanalyse peut rendre chez l'enfant les plus grands services, à la condition d'adapter la méthode en tenant compte de l'âge du sujet et non suivant le schéma strict de l'adulte.

L'influence des parents est telle que Freud a pu guérir certains enfants par des conseils donnés aux parents sans voir l'enfant.

La notion de constitution n'empêche pas les auteurs qui l'invoquent de recon tre l'existence de possibilités thérapeutiques.

Certains auteurs allemands se montrent, dans les cas incurables, partisans de la stérilisation, qui a été diversement envisagée par les autorités spirituelles religieuses.

Pr F. Hamburger (Vienne). — Souvent l'enfant n'est pas malade, mais mal élevé. Il faut le faire comprendre indirectement aux parents.

L'éducation des parents est un élément capital pour la prophylaxie des névroses chez l'enfant ; elle repose sur quelques principes fondamentaux.

La psycho-analyse doit être faite à un point de vue plus général que Freud ne l'avait envisagée : beaucoup de bons résultats sont surtout dus à la suggestion.

Conclusions.

(Adoptées à l'unanimité).

La question de la prophylaxie des névroses doit maintenant être considérée comme faisant partie intégrante de la pédiatrie.

Quel que puisse être le rôle des facteurs héréditaires, nous ne pensons pas qu'on puisse facilement agir sur eux. C'est pourquoi le problème de la prophylaxie des névroses est avant tout un problème d'éducation. Aussi faut-il pousser les familles dans la voie d'une éducation ferme et douce, simple et conforme aux exigences de la nature.

En principe, l'éducation appartient à la famille et elle ne doit en être dépossédée que pour des raisons graves. Encore, dans ces cas, le placement familial, employé de préférence au placement collectif, peut-il donner d'excellents résultats. L'enfant a besoin qu'une autorité le guide, et une bonne éducation lui fait accepter volontiers l'autorité des parents.

Pour atteindre ce but, il sera nécessaire de faire une place à l'enseignement des sains principes d'éducation dans les études médicales et particulièrement pédiatriques. Il faudra aussi éduquer progressivement les familles et toutes les personnes qui, par leur profession, ont à entrer en contact avec les enfants, comme on l'a dejà fait pour la lutte contre la syphilis, la tuberculose, le rachitisme, la mortalité des enfants du premier âge, etc.

Les jeunes filles, en particulier, devraient recevoir toujours une préparation au rôle éducatif de mère.

Dans l'enfance, les névroses, quand leurs symptômes commencent à poindre, peuvent être saisies, en quelque sorte, à leur état naissant : c'est ce qui en rend possible, et souvent efficace, le traitement par les voies psychiques. Il devra être mené de façon adaptée à chaque cas, sans préjudice des médications endocriniennes ou autres jugées utiles à l'état somatique du sujet.

La prochaine conférence aura lieu en 1933 à Londres, probablement au mois de juillet et à la suite du Congrès international de pédiatrie.

Julien HUBER.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Paris 10-12 octobre 1932)

PREMIÈRE QUESTION.

CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES DE LA GRANULOMATOSE MALIGNE.

PREMIER RAPPORT : **Les formes atypiques de la granulomatose maligne.**

MM. M. FAVRE, P. CROIZAT et A. GUICHARD, rapporteurs (de Lyon).

La granulomatose maligne doit être considérée comme une maladie autonome et bien définie ; mais il faut en délimiter exactement le cadre et chercher à établir les limites qui la séparent d'affections qui empruntent certains de ses caractères.

A. **Rappel des caractères anatomo-cliniques généraux de la granulomatose maligne.** — 1° **Caractères anatomiques.** — Le terme de granulomatose maligne semble préférable à celui de lymphogranulomatose, car il est plus extensif et implique la tendance métastatique de l'affection. Celle-ci est caractérisée par son polymorphisme à la fois local et régional ; on voit des aspects inflammatoires, fibreux, néoplasiques, s'entremêler, se juxtaposer à la manière d'une véritable marqueterie.

Les cellules en cause sont des cellules normales de la série mésenchymateuse; seule la cellule de Sternberg fait une exception, d'ailleurs apparente. Ces cellules sont très modifiées par le virus granulomateux, qui semble un virus cytotrope à affinité mésenchymateuse singulière. Les lésions se développent dans le tissu conjonctif par multiplication et différenciation des éléments autochtones.

L'affection semble à l'auteur surtout de nature inflammatoire ; il s'agit d'une inflammation à caractères singuliers, présentant une affinité très particulière pour le milieu conjonctif ; elle est à la « ligne de partage des eaux » entre l'inflammation et les processus néoplasiques.

2° **Caractères cliniques.** — Les auteurs passent en revue rapidement les grands symptômes de la granulomatose maligne : adénopathies, splénomégalie, fièvre et signes généraux, polynucléose sanguine avec poussées d'éosinophilie, prurit et prurigo.

3° **Valeur des caractères anatomo-cliniques.** — Aucun des signes cliniques ne suffit à caractériser l'affection ; seul un ensemble convergent de signes permet le diagnostic. Il en est de même au point de vue anatomique, et si certaines réactions sont particulièrement significatives, aucune n'est pathognomonique. C'est ainsi que la cellule de Sternberg n'a pas la valeur absolue qu'on lui prête souvent. Ce qui importe, c'est la multiplicité des réactions, leurs variations locales, leurs combinaisons, leurs alternances ; ce sont surtout l'intensité de la réaction fibreuse et la multiplication des grandes cellules du type Sternberg.

B. **Les formes cliniques anormales.** — On a trop facilement tendance à multiplier ces formes et à considérer comme telles des formes classiques dans lesquelles tel ou tel symptôme domine le tableau clinique, ou encore des formes larvées, oligosymptomatiques. Il semble préférable de réserver ce terme aux granulomatoses malignes localisées, soit que la localisation granulomateuse persiste longtemps isolée, soit qu'elle reste sans modifications notables durant toute l'évolution de la maladie.

a. **Formes localisées à type de tumeurs.** — Il s'agit de masses plus ou moins volumineuses, dures, susceptibles de provoquer des compressions. La localisation en est habituellement cervicale ou cervico-axillaire, rarement inguinale. Plus rarement on en observe de médiastinales, d'abdominales.

b. **Formes nerveuses.** — Il s'agit plus souvent d'accidents nerveux, secondaires à d'autres localisations, et notamment à des localisations épidurales, que de formes nerveuses primitives. L'existence de ces dernières reste très hypothétique et n'a jamais été prouvée anatomiquement.

c. **Formes osseuses.** — On peut faire à leur sujet la même remarque ; il s'agit de lésions secondaires et aucune localisation osseuse primitive et isolée n'a encore été rapportée. Leur existence aurait cependant une grande importance doctrinale quant au rôle éventuel de la moelle osseuse dans la genèse de la lymphogranulomatose.

d. **Formes spléniques.** — Tantôt il s'agit de formes à début splénomégalique, tantôt de formes à prédominance splénomégalique (il s'agit alors à peine de formes anormales), tantôt de formes splénomégaliques pures.

e. **Formes respiratoires.** — Les formes pleurales sont plus fréquentes qu'on ne le pense ; mais elles sont rarement primitives, cliniquement et surtout anatomiquement.

Les formes pulmonaires, très fréquentes elles aussi, sont souvent muettes ; elles sont parfois isolées et on peut parler ici de formes cliniquement primitives; il y a même peut-être dans certains cas un chancre d'inoculation pulmonaire du granulome malin.

f. **Formes digestives.** — Leur fréquence est expliquée par l'importance de l'appareil lymphoïde étagé tout le long du tube digestif. Elles sont très polymorphes, mais leur discrimination doit être sévère, car il existe de nombreuses causes d'erreurs, même histologiques.

g. **Formes cutanées.** — On ne doit comprendre sous ce

terme que celles qui précèdent l'atteinte ganglionnaire. Il peut s'agir alors de véritables chancres cutanés d'inoculation. Ces formes soulèvent la question d'une inoculation tégumentaire possible du virus pathogène.

Dans toutes ces formes atypiques où manque le tableau clinique, il faudra se montrer très exigeant pour les critères histologiques.

C. **Formes histologiques anormales.** — Elles posent la question des limites de la granulomatose maligne. Le problème est dominé par celui des relations exactes qui unissent le granulome malin aux diverses affections du tissu réticulo-endothélial.

Parmi les **tumeurs réticulo-endothéliales,** le réticulosarcome semble bien différent de la granulomatose par son monomorphisme, son caractère localisé, le peu d'importance du tissu collagène ; le plasmocytome est parfois de diagnostic plus difficile mais présente lui aussi des caractères distinctifs suffisamment nets pour être distingué du granulome malin. Enfin il faut faire les plus extrêmes réserves quant à l'existence de formes sarcomateuses de la maladie de Hodgkin.

Les **réactions inflammatoires du tissu réticulo-endothélial,** (réticulo-endothélioses, granulomatoses) constituent un cadre encore fort mal défini et très disparate. Les réticulo-endothélioses métaboliques ou de réserve (maladies de Gaucher et de Niemann Pick) sont évidemment très éloignées de la granulomatose maligne. Il en est de même pour les états dits de réaction infectieuse ou les réticulo-endothélioses symptomatiques par infections spécifiques. En tout cas, le caractère monomophe, homogène et diffus des réticuloses contraste avec l'évolution nodulaire et l'aspect bariolé des foyers granulomateux. Les granulomatoses se distinguent des réticulo-endothélioses par leur aspect plus polymorphe ; certaines d'entre elles sont bien distinctes (granulome tuberculeux, syphilitique, mycosique, lymphogranulome inguinal) ; mais quelques-uns sont de diagnostic plus difficile, tel le mycosis fongoïde. En réalité, dans les cas douteux, il faut tenir grand compte du contexte clinique ; il est préférable de rejeter, provisoirement tout au moins, du cadre bien établi de la lymphogranulomatose les cas douteux ; sinon ce serait risquer, suivant l'expression de Sternberg, « de ressusciter l'antique pseudoleucémie sous le prétexte de lymphogranulomatose atypique » ; estomper les limites du lymphogranulome malin serait se priver d'un jalon précieux au milieu du dédale des affections réticulo-endothéliales.

Enfin les rapports avec les *leucémies* posent des problèmes troublants ; des réactions du type leucémique, sinon des états leucémiques vrais, semblent en effet pouvoir s'associer à la granulomatose maligne ou la compliquer ; de plus, la myélocytose simple est notée dans un certain nombre de cas de maladie de Sternberg authentiques.

D. Variations histologiques normales. — La granulomatose la plus typique peut se présenter sous des aspects histologiques très variés. C'est ainsi qu'on a pu distinguer de nombreuses formes *évolutives* : les formes du début sont très difficiles à homologuer (formes lymphoïdes, d'hyperplasie réticulaire, d'adénite inflammatoire, etc.) ; dans le nodule évolué l'aspect, beaucoup plus typique, va de la forme néoplasique à la forme inflammatoire et scléreuse. On peut voir aussi des *formes associées* à une infection aiguë banale ou à la tuberculose ; cette dernière peut modifier la structure du nodule qui devient plus inflammatoire ; les aspects pseudo-tuberculeux signalés par plusieurs auteurs semblent extrêmement rares et relever plutôt d'une tuberculose associée. Enfin on peut voir des formes *modifiées par la thérapeutique* et en particulier par la radiothérapie, qui suscite des réactions à la fois sclérosantes et constructives.

Les auteurs concluent en insistant sur la nécessité, dans le diagnostic de la granulomatose maligne, de l'étroite association des critères anatomo-pathologiques et des critères cliniques ; seul ce double critère assure une véritable autonomie à la maladie.

Deuxième rapport : **La radiothérapie de la granulomatose maligne.**

R. Gilbert (Genève)
et F. Sluys (Bruxelles), rapporteurs.

Les rapporteurs considèrent que la rœntgenthérapie est le traitement de choix de la granulomatose maligne. Cliniquement, les localisations de la granulomatose maligne sont très radio-sensibles ; histologiquement, les tissus granulomateux ont un caractère inflammatoire — lymphoïde — en même temps qu'un aspect rappelant les néoplasmes : cela explique leur grande sensibilité aux rayons.

Les radiations détruisent le tissu granulomateux. Cette destruction est généralement suivie d'une réaction fibro-constructive, exagération d'un processus qu'on peut rencontrer à l'état normal.

Il est nécessaire de détruire tout le tissu granulomateux.

La rœntgenthérapie pénétrante ou profonde sera choisie de préférence aux autres modalités techniques ; car la pénétration, la distance et les feux croisés permettent une répartition homogène de la dose efficace, en profondeur. La rœntgenthérapie permet d'irradier, par de larges portes d'entrée, de grandes masses de tissus suspects d'envahissement : cela importe, puisque les lésions sont généralement plus étendues que la clinique ne le laisse supposer. La curiethérapie n'a que de rares indications.

La durée d'application de la dose aux tissus granulomateux joue un rôle important (facteur temps). La rœntgenthérapie en une seule séance, ou en quelques séances (cinq à six jours), doit être bannie. D'autre part, l'étalement dans le temps ne doit pas être exagéré, et surtout les séances ne doivent pas être espacées (par exemple hebdomadaires). Le traitement comportera, en principe, une seule série de séances ; celles-ci seront quotidiennes. Le traitement consistera à faire absorber aux tissus malades, tant profonds que superficiels, une dose totale d'au moins 400 R, dans la moyenne des cas, pour une première série d'irradiations. La dose incidente par séance n'excède pas 200 R (1). La dose sera étalée sur dix à quinze jours pour chaque localisation,

(1) Soit environ 500 R Salomon.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

et de quatre à cinq semaines pour la durée totale du traitement. Ces normes d'étalement ne sont pas rigides, notamment si le processus est très étendu ; mais il sera bon de s'astreindre à s'en éloigner le moins possible. Le traitement peut être ambulatoire dans la majorité des cas, à condition qu'on ait bien en main les malades et qu'on soit assuré de leur régularité aux séances quotidiennes, quels que soient les malaises généraux qu'ils puissent ressentir.

Les symptômes tels que prurit, fièvre, douleurs, troubles fonctionnels, modifications de la formule sanguine et de l'état général, doivent servir de guides au cours du traitement. Ils ont aussi une grande valeur pour le dépistage d'une récidive. La radiographie sera également employée dans ce but : elle permettra de déceler précocement des tumeurs profondes, des infiltrats osseux ou viscéraux, et de contrôler, dans ces cas, les effets de la radiothérapie.

La radiothérapie ne doit être dirigée que sur des lésions en évolution ou sur des récidives. Les séances dites « prophylactiques » ou « d'entretien », doivent être bannies. Par contre, le malade doit être surveillé, orienté sur les risques de rechute et les premières manifestations de celle-ci (prurit, fièvre, douleurs, éruptions, etc.), afin que le traitement soit repris au moindre symptôme. Si une récidive ne se manifeste que par des phénomènes généraux (fièvre, prurit, modification sanguine), et qu'aucune localisation ne soit possible, on recourra dans ces cas à la rœntgenthérapie totale à grands champs séparés, ou à la télérœntgenthérapie, conduites avec prudence.

La radiothérapie profonde n'exclut pas des adjuvants tels que l'arsenic, l'opothérapie, les cures climatériques, et même, occasionnellement, la chirurgie.

Quelques cas personnels, illustrés de documents, pour la plupart inédits, montrent le polymorphisme symptomatique de l'affection, les incidents, accidents et récidives, ainsi que les résultats obtenus dans des cas de localisations profondes.

TROISIÈME RAPPORT : **Les résultats de l'expérimentation dans la granulomatose maligne.**

MM. R. WEISMANN-NETTER, V. OUMANSKY et J. DELARUE (Paris), rapporteurs.

1° **Partie documentaire.** — Des **constatations biologiques** faites jusqu'à présent, il faut retenir l'absence de pouvoir antigénique spécifique des produits granulomateux aussi bien que des microorganismes isolés de ces produits. Les réactions de fixation aux antigènes tuberculeux auraient pour certains auteurs une réelle valeur. Mais les données bio-chimiques sur lesquelles est fondé leur principe ne sont pas certaines. Les réactions tuberculiniques cutanées sont habituellement négatives, moins souvent avec les tuberculines aviaires qu'avec les tuberculines usuelles, mais on n'en peut rien conclure en ce qui concerne l'étiologie tuberculeuse, aviaire ou autre, de la granulomatose.

Les **recherches bactériologiques** ont abouti, les unes à des constatations négatives, les autres à la mise en évidence du virus tuberculeux ; d'autres enfin ont permis d'isoler des microorganismes distincts du bacille tuberculeux. Parmi ces derniers, le groupe le plus fréquemment observé est celui des corynebactéries, isolé pour la première fois par Fraenkel et Much. Le virus tuberculeux a été maintes fois mis en évidence depuis les premières constatations de Sternberg, soit directement, soit par culture, soit par inoculations à l'animal ; celles-ci ont pu produire les différents aspects, typiques ou atypiques, de la tuberculose expérimentale.

On a fait enfin de nombreuses **tentatives de reproduction expérimentale** de la granulomatose, par inoculation, soit de tissus granulomateux, soit de microorganismes, agents hypothétiques de l'affection. Les résultats probants semblent exceptionnels, dans cet ordre de faits.

2° **Partie critique.** — Dans la seconde partie de eur rapport, les auteurs discutent la valeur des résultats expérimentaux, souvent contradictoires, obtenus jusqu'à présent.

Le rôle pathogène des bacilles diphtéroïdes (corynebacterium, streptothrix) est sujet à caution en raison de l'ubiquité de ces microorganismes et de leur saprophytisme habituel.

Parmi les bacilles acido-résistants rencontrés, seul le bacille tuberculeux mérite d'être envisagé. Il est difficile de tirer une conclusion formelle des faits rapportés jusqu'ici et d'affirmer l'étiologie tuberculeuse de la granulomatose, contre laquelle plaident bien des faits cliniques et histologiques. D'ailleurs trop de causes d'erreurs peuvent intervenir dans les résultats positifs de l'expérimentation.

Pour concilier toutes les constatations bactériologiques et expérimentales, on a pu considérer la granulomatose maligne comme un syndrome ressortissant à de multiples étiologies, comme une réaction tissulaire à des agressions pathogènes diverses.

Pourtant la granulomatose apparaît, par bien des points, comme une véritable entité morbide. On peut se demander si sa place nosologique ne se trouve pas à la frontière encore imprécise de l'inflammation et de la néoplasie.

Discussion des rapports.

M. J. TAPIE (de Toulouse) estime avec M. Favre et ses collaborateurs qu'il ne faut pas multiplier à l'excès les formes cliniques anormales de la maladie de Sternberg, sous peine de reléguer dans l'ombre les traits cliniques essentiels. L'absence des symptômes caractéristiques est en réalité de courte durée pour qui veut bien systématiquement les rechercher. C'est ainsi que dans les *formes fébriles pseudo-septicémiques* l'hypertrophie splénique et les adénopathies profondes ne font jamais défaut.

L'auteur insiste sur l'importance de l'examen radiologique systématique du médiastin. La forme médiastinale de la maladie de Sternberg est fréquente ; les formes thoraciques sont presque toujours des formes médiastino-pleurales ou médiastino-pulmonaires. Parmi les formes atypiques, une place mérite d'être faite aux formes associées dans lesquelles la granulomatose et la

REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

tuberculose frappent un même organe et évoluent simultanément.

L'auteur met en doute l'existence d'une granulomatose vraie et sépare radicalement la granulomatose maligne des réticolo-endothélioses infectieuses, du mycosis fongoïde et des leucémies.

M. Roch (Genève) critique l'expression d'adénie éosinophilique prurigène, expression qui, ne s'appliquant qu'à une minorité des cas, a l'inconvénient d'empêcher les praticiens de faire un diagnostic précoce.

Or il est utile de poser le diagnostic aussi tôt que possible, car le traitement radiothérapique donnera des résultats d'autant meilleurs qu'il aura été appliqué avec toute la rapidité et toute l'intensité voulue. Il règne à l'égard du traitement du lymphogranulome un certain défaitisme qui se comprend parce que quelques cas sont radiorésistants et surtout parce que beaucoup de malades sont traités trop tard ou mal traités. Une radiothérapie bien conduite donne parfois des succès véritablement miraculeux et qui peuvent amener des rémissions assez longues pour qu'il ne soit pas exagéré de parler de guérisons.

Or il importe que, pour avoir une bonne emprise morale sur ses malades, le médecin soit optimiste, et, pour qu'il puisse être optimiste en toute bonne conscience, il est bon de lui donner des raisons objectives de l'être.

M. Roussy (Paris) fait quelques remarques basées sur dix années d'observation au centre anticancéreux de Villejuif. La granulomatose lui paraît bien une maladie autonome. Il préfère le terme de lymphogranulomatose qui indique mieux qu'on a affaire à tout le système hémolymphopoiétique. Aucun élément n'est spécifique histologiquement, mais la cellule de Sternberg a cependant une grande valeur pratique pour le diagnostic. Le terme « maligne » doit être à rejeter, car il laisse supposer un processus néoplasique plutôt qu'inflammatoire ; or la nature infectieuse de l'affection paraît certaine ; sa nature tuberculeuse est par contre peu probable. Pour les formes localisées, l'auteur adopte les réserves de M. Fabre. Il pense enfin qu'il faut bien distinguer la lymphogranulomatose dans le domaine des réticulo-endothélioses et réserver l'autonomie de ce type morbide bien défini, spécifique par son tissu, ses symptômes, son évolution, son comportement à l'égard des rayons X.

(*A suivre.*)

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS

DIENOL. — Le diénol est l'agent thérapeutique de choix au cours de toutes les infections quelle que soit leur nature.

Toutes septicémies : rougeole, pneumonie, grippe, broncho-pneumonie.

Tous les états fébriles de l'enfant.

Traitement par voie rectale.

Pharmacie Depruneaux, 18, rue de Beaune, Paris.

Dépôt : Pharmacie Vicario, 17, boulevard Haussmann, Paris.

GERMOSE. — Gouttes à base de fluoroforme et de bergénite. Spécifique contre la coqueluche, non toxique et de goût agréable.

Sédatif de la toux. Employé dans le traitement des affections des voies respiratoires : grippe pulmonaire, bronchites, pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique, etc.

Posologie. — Jusqu'à un an, quatre fois X gouttes ; de un à trois ans, huit fois X gouttes ; de trois à douze ans, huit fois de XV à XX gouttes ; au-dessus : huit fois de XXV à XXX gouttes.

Se prend dans un peu d'eau ordinaire ou sucrée.

Lebeault et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

IODALOSE GALBRUN (iode physiologique assimilable). — Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Dose moyenne : de XX à LX gouttes par jour.

Paris, 8 et 10, rue du Petit-Musc (IVe).

IODÉOL EXTERNE. — Iode colloïdal électro-chimique pur, réservé uniquement aux badigeonnages thoraciques dans la grippe, la rougeole, etc., pour éviter les complications pulmonaires dans les affections pulmonaires aiguës et leur convalescence. Plus actif que la teinture d'iode, il contient 20 p. 100 d'iode, et n'est nullement caustique. Il peut être appliqué chaque soir, car il ne brûle pas l'épiderme.

Recouvrir d'ouate et nettoyer à l'alcool avant nouveaux badigeonnages.

E. Viel et Cie, 3, rue Sévigné, Paris.

KYMOSINE ROGIER, à base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

Mode d'action. — Rend le lait de vache absolument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

Indications. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

Posologie. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

Henri Rogier, 56, boulevard Péreire, Paris.

MARINOL. — Reconstituant marin physiologique inaltérable, de goût agréable.

Indications. — Anémie ; lymphatisme ; convalescences ; tuberculoses pulmonaire, ganglionnaire et osseuse.

Posologie. — *Enfants* : 2 à 3 cuillerées à dessert *nourrissons* : 2 à 3 cuillerées à café.

Laboratoires « La Biomarine », à Dieppe. ;

PAPAINE TROUETTE-PERRET. — Ferment digestif végétal.

Indications. — Gastro-entérites des nourrissons, diarrhées, vomissements.

Doses. — *Enfants* : 2 cuillerées à café après chaque repas.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS (*Suite*)

Laboratoires Trouette-Perret, 15, *rue des Immeubles-Industriels, Paris* (*XI*e).

PAROXYL. — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche*.

POSOLOGIE. — Enfants au-dessous d'un an X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfant de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

Dépôt général : *Thiriet et C*ie, 26, *rue des Ponts, Nancy.*

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris* (*IV*e).

QUINBY INFANTILE. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 1 centimètre cube spéciales pour enfants.

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine à la dose de 2 dixièmes de centimètre cube par année d'âge.

INDICATIONS. — Action remarquable sur toutes les manifestations de l'hérédo-syphilis : pemphigus, altérations osseuses, hépatiques, spléniques. Particulièrement indiqué dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant et dans la maladie de Parrot.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, *rue de la Bienfaisance, Paris* (*VIII*e).

SALICAIRINE. — Tanno-glucoside de la salicaire. Spécifique de toutes les diarrhées infantiles : diarrhée verte, choléra infantile, gastro-entérite. Solution titrée à 5 p. 100 de glucoside. LXXX à C gouttes par jour dans un peu d'eau bouillie sucrée.

*E. Viel et C*ie, 3, *rue de Sévigné, Paris.*

SODERS INE (COQUELUCHE). — Bismuth colloïdal électrolytique.

Traitement de la coqueluche.

N'ayant aucune saveur, ni aucune toxicité.

Seule médication possible pour les plus jeunes nourrissons atteints de coqueluche.

Pharmacie Depruneaux, 18, *rue de Beaune, Paris.*

Dépôt : *Pharmacie Vicario*, 17, *boulevard Haussmann, Paris.*

SUPPOSITOIRES CORBIÈRE A BASE D'ARSÉNOBENZOL (606) rigoureusement titré à 30 p. 100 As pur.

DOSES. — Suppositoires pour enfants : 0gr,03 d'arsénobenzol par suppositoire ; suppositoires pour nourrissons : 0gr,01 d'arsénobenzol par suppositoire (en boîtes de six).

INDICATIONS. — Hérédo-syphilis.

MODE D'EMPLOI. — 2 à 3 suppositoires par semaine, par séries de 24.

Laboratoires pharmaceutiques Corbière, 27, *rue Desrenaudes, Paris.*

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS

ALIMENTATION DES ENFANTS SAINS ET MALADES. — Grâce à la série spéciale des produits Heudebert (boîtes de fer), l'alimentation des enfants est à la fois agréable, variée et rationnelle.

SOUPE D'HEUDEBERT, à base de gruaux de blé, sélectionnés et dextrinés, aliment de choix très assimilable.

CRÈMES DE CÉRÉALES ET FARINES DE LÉGUMINEUSES HEUDEBERT, spécialement étudiées pour la préparation rapide des bouillies et purées, apportant les éléments vivants naturels des grains (avoine, orge, blé vert, haricots, lentilles, etc.).

FARINE LACTÉE HEUDEBERT, composé homogène de lait, de sucre et farine ; à préparer à l'eau dans tous les cas d'intolérance ou de dégoût du lait.

FARINE DE MALT HEUDEBERT, contient l'intégrité de la diastase de l'orge germée et facilite l'assimilation de toutes les substances amylacées.

NERGINE HEUDEBERT, farine de germe de blé spécialement préparée ; excellent complément de la farine lactée ; stimule les fonctions vitales de l'organisme.

BOUILLON DE LÉGUMES DU Dr MÉRY ET BOUILLON VÉGÉTAL DU Dr COMBY, mélanges préparés : diarrhées infantiles et gastro-entérites.

AVENA, dessert à l'avoine, et **RÉGIMETTE**, délicieux gâteau sec lacté : à l'époque des premières dents.

DÉJEUNER HEUDEBERT, déjeuner au cacao, phosphaté, d'une finesse de goût incomparable, d'une digestibilité parfaite.

Heudebert, 85, *rue Saint-Germain, à Nanterre* (*Seine*).

BLÉDINE JACQUEMAIRE. — Aliment complet assimilable avec le minimum de travail digestif. Modificateur de la flore intestinale et régulateur des sécrétions digestives.

Complément nécessaire du lait de vache, dans l'allaitement mixte ou artificiel, par ses facteurs de croissance. Aliment reconstituant.

Etablissements Jacquemaire, Villefranche (*Rhône*).

DRYCO. — Lait spécial pour nourrissons.

B. Duhamel, 3, *rue Saint-Roch, Paris.*

FARINE LACTÉE DIASTASÉE « SALVY ». — Soigneusement diastasée en cours de fabrication, la farine Salvy est l'aliment de régime du nourris-

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS (*Suite*)

son, l'aliment de transition dans les cas suivants : insuffisance de l'allaitement, intolérance lactée, gastro-entérite, sous-alimentation.

Les bouillies diastasées de farine Salvy se préparent en dix minutes, sans précaution spéciale, soit à l'eau, soit à l'eau et au lait par moitié, selon l'état digestif de l'enfant.

Farine Salvy, 4, rue Lambrechts, à Courbevoie (Seine).

FARINES MALTÉES JAMMET. — Très faciles à digérer grâce au maltage, très nutritives sous un volume réduit, conservent l'intégralité des sels minéraux, phosphates organiques et vitamines des céréales.

Permettent seules l'alimentation progressive et variée des enfants suivant l'age.

A partir du sixième mois : Arrow-root malté, Féculose, Rizine, Aristose.

A partir du neuvième mois : Les précédentes et de plus : Cérémaltine, Orgéose, Gramenose, Bléose.

A partir du treizième mois : Les précédentes et de plus : Avenose, Zéose, Castanose, Bananose, Nucléose.

A partir du dix-huitième mois : Les précédentes et de plus : Lentilose, Crème de pois, Aricose.

Etablissements Jammet, 47, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).

FARINE MALTÉE MILO. — Produit diététique à base de farine de froment et de malt. Ne contient pas de lait. Recommandée pour les enfants et adultes atteints d'affections gastro-intestinales, dyspepsies, gastro-entérites.

Société Nestlé, 6, avenue Portalis, Paris (XVIIIe).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment recommandé au moment du sevrage et pendant la croissance.

1, quai Aulagnier, à Asnières (Seine).

RÉPERTOIRE DES MAISONS DE SANTÉ

LA PLAGE D'HYÈRES (Var). Station P.-L.-M. — Institut hélio-marin (C. Jaubert). Enfant et jeunes filles. Anémie, lymphatisme et toutes tuberculoses externes. Ni pulmonaires, ni contagieux. Depuis 13 francs par jour.

SANATORIUM DE SAINT-JEAN-DE-DIEU, au Croisic (Loire-Inférieure). — Traitement marin pour enfants et jeunes gens (de six à dix-huit ans). Pour les conditions, s'adresser à M. le Directeur.

NOUVELLES

Cours d'hygiène scolaire. Préparation au concours de médecin-inspecteur des écoles (Professeur : M. TANON). — Le prochain concours pour le département de la Seine a lieu à Paris, le 12 décembre 1932.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène sous la direction de M. TANON, professeur d'hygiène, avec la collaboration de MM. Weil-Hallé, chargé de cours à la Faculté, directeur-adjoint de l'École de puériculture, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Duvoir, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis et médecin-inspecteur des écoles ; Grivot, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine et médecin inspecteur des écoles ; Harvier, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon et médecin-inspecteur des écoles ; Cambessédès, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine ; Simon, médecin-chef de l'admission à l'asile clinique Sainte-Anne ; Guibert, médecin-inspecteur en chef des écoles ; Barbarin, Bing, Dufestel, Laufer, Moulin, P. Rénault, Rosenthal, Schaeffer et Vitry, médecins-inspecteurs des écoles ; Grandjean, inspecteur des bâtiments et des services d'hygiène scolaire ; Mme Bonhomme, secrétaire de l'inspection médicale des écoles.

Le cours durera du 14 au 26 novembre. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour de 16 h. 30 à 18 h. 30 et trois visites matinales d'écoles.

Seront admis les docteurs en médecine et étudiants à scolarité terminée.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Cours de médecine légale. — M. le professeur BALTHAZARD commencera ce cours le lundi 14 novembre, à 18 heures (Grand Amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le professeur Balthazard (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité : anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

M. Piédelièvre, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

Première leçon, le lundi 14 novembre.

M. Duvoir, agrégé (tous les mardis du 1er semestre) : Intoxications aiguës et intoxications professionnelles. La médecine du travail.

M. le professeur Hugueney (tous les samedis du 1er semestre) : Législation et jurisprudence médicales.

Accidents de travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale. Tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

NOUVELLES (*Suite*)

Cours pratiques : 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis, à partir du lundi 14 novembre, de 2 à 3 heures : les mercredis, par M. le professeur Balthazard ; les lundis, par M. Piédelièvre, agrégé ; les vendredis, par M. Dervieux, chef des travaux.

(Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal.)

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale).

Enseignement des stagiaires (Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. Terrien). — Mardis, jeudis et samedis à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

Chaire de médecine légale. Lois sociales. — Accidents du travail et maladies professionnelles. Pensions aux mutilés de guerre. Assurances sociales. Assistance médicale gratuite.

Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le professeur Balthazard tous les jeudis, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre, Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions aux mutilés de guerre, les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

17 *et* 24 *novembre.* — M. Balthazard : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jurisprudence. Barème des incapacités permanentes.

1re *Décembre.* — M. Laignel-Lavastine : Hémorragies méningées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale. Méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès.

8 *Décembre.* — M. Lévy-Valensi : Lésions médullaires et vertébrales traumatiques. Compressions ; commotions médullaires. Affections de la moelle ; tabes. Névrites.

15 *Décembre.* — M. Henri Claude : Psychoses et névroses traumatiques.

22 *Décembre.* — M. Gougerot : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

5 *Janvier.* — M. Piédelièvre : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

12 *Janvier.* — M. Proust : Lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail.

19 *Janvier.* — M. Belot : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

26 *Janvier.* — M. Balthazard : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928) et assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

2 *Février.* — M. Duvoir : La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Maladies saturnines et hydrargyriques.

9 *et* 16 *Février.* — M. Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce : La loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre, principes généraux. Barèmes d'invalidité. Blessures multiples. Procédure.

23 *Février.* — M. Dervieux : Soins aux mutilés. L'article 64 de la loi des pensions.

M. Terrien : Complications oculaires des accidents du travail. (Ce cours sera fait dans le courant du mois de mai, à la clinique de l'Hôtel-Dieu ; la date sera fixée ultérieurement.)

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du mercredi 2 mars, sous la direction de M. le professeur Balthazard.

Cours de neurologie (Hôpital de la Pitié). — M. le professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Paul George, Pierre Kahn, Jean Vinchon, Robert Largeau, Fay, Katchoura, Le Melletier, Laplane, commencera ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades le mercredi 9 novembre, à 10 heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Horaire du service : tous les matins à 9 heures, visite. Lundi à 10 heures, Examens endocrino-sympathologiques : M. Largeau.

Lundi à 11 heures, Conférence de séméiologie : M. Paul M. Laignel-Lavastine.

Mercredi à 10 heures, Présentation de malades : George.

Mardi à 10 heures, consultation de neurologie : M. Laignel-Lavastine.

Jeudi à 10 heures, Consultation de neuro-psychiatrie infantile : M. Fay.

Vendredi à 10 heures, Consultation neuro-psychiatrique : M. Vinchon.

Vendredi à 11 heures, Clinique psychiatrique : M. Pierre Kahn.

Samedi à 10 heures, Consultation endocrino-sympathologique : M. Laignel-Lavastine.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le lundi 14 novembre, à 15 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et continuera ce cours les lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Les grandes étapes de la pensée biologique (1) (avec projections).

Horaire des leçons. — 14 Novembre 1932 : Sources de la pensée médicale.

21 Novembre : Doctrines médicales : hippocratisme, galénisme, animisme, vitalisme.

28 Novembre : Descartes et l'iatro-mécanisme.

5 Décembre : Leuwenhoeck, Harvey et l'avènement des sciences biologiques.

12 Décembre : L'Encyclopédie et les sciences naturelles.

NOUVELLES *(Suite)*

19 Décembre : Les idées directrices de la biologie Lavoisier, Bichat, Cuvier.

16 Janvier 1933 : Les études morphologiques : transformisme.

23 Janvier : Les études physiologiques : Claude Bernard.

30 Janvier : Les études médicales : Laennec, Pasteur, renaissance de l'humorisme.

En février, M. Laignel-Lavastine dirigera au même amphithéâtre et aux mêmes heures des manipulations numismatiques et iconographiques.

Cours de clinique obstétricale. — M. le professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le lundi 14 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

Cours de radiologie clinique. — M. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera son cours le lundi 21 novembre 1932, à 11 heures, à l'hospice de la Salpêtrière (Laboratoire de Radiologie clinique de la Faculté. Nouveaux bâtiments de la Clinique chirurgicale du professeur Gosset) et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Radio-diagnostic clinique des affections du squelette.

Cours de psychiatrie complémentaire (Professeur : M. HENRI CLAUDE). — Un cours de psychiatrie complétant l'enseignement donné aux élèves de la clinique, commencera le dimanche 4 décembre 1932, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), et continuera tous les dimanches, à la même heure. Il aura surtout pour objet des questions d'actualité et de discussion à propos de présentations de malades.

Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Professeur : M. HENRI CLAUDE). — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique une partie clinique.

Le cours théorique aura pour objet l'hygiène mentale et les conditions pathologiques qui sont à l'origine des déficiences intellectuelles de l'enfance. Il aura lieu à la Faculté de médecine. La première leçon sera faite le mardi 8 novembre, à 17 heures, salle Pasteur.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les mercredis, à 10 h. 30, et une consultation policlinique, le samedi, à 10 h. 30. La première leçon aura lieu le mercredi 16 novembre. Un cours complémentaire sur des questions de psychiatrie d'actualité sera fait le dimanche matin. La première leçon aura lieu le 4 décembre, à 10 h. 30.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 heures.

Le dimanche matin, à 9 heures, à partir du 4 décembre, le Dr Lévy-Valensi, professeur agrégé, fera un cours élémentaire de séméiologie psychiatrique destiné aux internes et externes qui ne peuvent suivre le cours de stagiaire.

TRAVAUX DE LABORATOIRE. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le professeur G. Dumas, chef du laboratoire du psychologie, dirigera les études de psychologie, appliquée et expérimentale.

Cours de clinique thérapeutique médicale. — M. le professeur F. RATHERY commencera son cours de clinique thérapeutique le jeudi 17 novembre 1932 à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et continuera ses leçons les jeudis suivants à la même heure.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service, par le professeur F. Rathery :

Mardi et vendredi, à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition. Rhumatismes.

Mercredi, à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours, leçon élémentaire de séméiologie par les chefs de clinique et les internes du service.

9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles.

10 h. 30 à 11 h. 15 : Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur, par M. Boltauski, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Dérot, Doubrow, Kourilsky, Largeau, Julien Marie, Maximin, Mollaret, Rudolf, Sigwald, Thoyer, à la salle de conférences du service.

11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatifs pour les stagiaires).

Consultations externes, assistant Dr Froment :

Mardi et vendredi, à 9 heures : Diabète sucré et maladies de la nutrition. Rhumatismes.

Mercredi à 9 heures : Maladies médicales des reins.

Examen radiologique, assistant Dr Piffault : mercredi et samedi.

Des conférences d'hydrologie clinique seront faites en janvier et février par le professeur F. Rathery, le samedi à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un enseignement de médecine coloniale, en vue de la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime, sera donné à la Faculté de médecine de Bordeaux du 3 novembre au 17 décembre.

Cet enseignement sera suivi de l'attribution d'un diplôme colonial de l'Université de Bordeaux qui sera délivré : 1° aux docteurs en médecine français : médecins civils et militaires, médecins de la marine et des colonies médecins de colonisation et des administrations coloniales, médecins d'émigration et médecins sanitaires maritimes, médecins des missions ;

2° Aux étrangers pourvus du doctorat universitaire, mention *médecine*; ou d'un diplôme médical dont l'équivalence avec le doctorat universitaire français, mention *médecine*, aura été admise par la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

3° Aux étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions (A. R.) et de 20 inscriptions (N. R.), aux internes des hôpitaux à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les docteurs en médecine français, ayant obtenu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux, sont dispensés de l'examen prévu à l'article 16 du décret

Librairie J.-B. Baillière et Fils, Éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris

LE NOURRISSON

Revue d'Hygiène et de Pathologie de la Première Enfance

VINGTIÈME ANNÉE — 1932

ABONNEMENTS : France, 50 fr. Belgique, 75 fr. français. Étranger, 80 fr.

Le Numéro, paraissant tous les 2 mois : 12 francs

Numéro spécimen sur demande contre 5 francs en timbres-poste.

PRINCIPAUX ARTICLES PARUS EN 1932


Dragées ADRIAN
AU CHLORURE
DE MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumours de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS,
FURONCLES, ETC.
arapal
POMMADE
NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e
Tél. Vaugirard 11-23
A.I.P.

NOUVELLES *(Suite)*

du 4 janvier 1896 pour être inscrits au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime, sous condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation complémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la police sanitaire maritime.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 3 novembre prochain.

Frais d'études : immatriculation, 60 fr. ; droit de bibliothèque, 40 fr. ; droit de laboratoire, 250 fr. ; examen, 50 francs.

Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions (A. R.) et de 20 inscriptions (N. R.), en cours d'études, sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

Pour les étudiants immatriculés, les droits de laboratoire sont de 200 francs.

Les étudiants et les internes ayant subi l'examen spécial reçoivent provisoirement un certificat d'aptitude qui est échangé contre le diplôme de médecin colonial dès qu'ils ont subi leur thèse de doctorat.

L'examen pour l'obtention du diplôme de médecin colonial n'est ouvert qu'aux élèves ayant suivi régulièrement le cours de médecine coloniale.

Conférences d'ophtalmologie pratique. — MM. les Drs A. Terson et H. Joseph commenceront le jeudi 17 novembre, à 17 heures, à la clinique du Dr Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, une suite d'*entretiens cliniques et thérapeutiques* pour les praticiens non spécialisés.

Examen, diagnostic, pronostic et traitement immédiat ou d'attente, des principales maladies des yeux.

Traitement d'urgence des blessures, brûlures, corps étrangers de l'œil et des annexes. Collyres et remèdes nécessaires, utiles ou dangereux, dans les infections oculaires et dans le glaucome.

Assimilation des maladies des yeux et rapports avec celles de l'organisme. Adaptation du traitement général. Importance du diagnostic ophtalmologique pour la médecine. Notions sur la chirurgie oculaire actuelle et ses résultats.

Défauts optiques : myopes, hypermétropes, astigmates. Lunettes. Appareils modernes pour les mauvaises acuités visuelles.

Strabisme. Paralysies. Diplopie : diagnostic et traitement.

Les maladies des yeux chez les enfants : traitement et préservation.

Ces conférences, gratuites, auront lieu les mardis et jeudis, à 17 heures.

Les auditeurs pourront poser les questions opthalmologiques qui les intéressent.

Clinique urologie Guyon (Hôpital Necker. Professeur : M. Legueu). — Programme de l'enseignement. — A. Leçons cliniques à l'Amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi, à 11 heures.

B. Policlinique à l'Amphithéâtre, par M. Legueu, le vendredi, à 11 heures.

C. Opérations par M. Legueu, le lundi, de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. Le mardi, jeudi, samedi, par M. Fey, agrégé de la clinique, à 10 heures.

D. Visites et consultations, par M. Legueu, les mardis et samedis, à 10 heures.

E. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi, à 10 heures.

F. Examen des malades dans les salles, par MM. Lieutaud et Fayot, chefs de clinique, les lundis, mercredis et vendredi, à 9 h. 30.

G. Examens des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Durand, tous les jours, à la Terrasse, de 9 h. 30 à 11 heures, et par M. Bac, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30.

H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. Chabanier, chef de laboratoire de chimie, le samedi, à 11 heures.

I. Présentations de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. Berliac, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le mardi, à 11 heures.

J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. Gaume, les mardis, jeudis et samedis, à 10 heures.

K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Nyer, assistant, le jeudi, à 11 heures.

L. Démonstrations de radiologie, par M. Truchot, radiologiste de la clinique, le mardi et le samedi, à 10 heures.

M. Service d'actinothérapie, par le Dr Sueicr-Avram. assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30.

N. Cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire par le Dr Fey, agrégé, le lundi, à 11 heures, à l'Amphithéâtre.

Enseignement complémentaire. — O. Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année, à 17 heures, par les assistants.

Cours de perfectionnement. — P. Ces cours auront lieu à chaque trimestre. Des affiches ultérieures préciseront leur date et les sujets traités.

Amphithéâtre d'anatomie. — Programme des cours pour l'année scolaire 1932-1933 (avec indication des opérations répétées sur le cadavre).

1° Du 14 novembre au 24 novembre 1932 : Chirurgie de la tête et du cou, chirurgie nerveuse. — 2° Du 5 décembre au 15 décembre 1932 : Chirurgie pratique courante. — 3° Du 9 janvier au 19 janvier 1933 : Chirurgie du membre supérieur. — 4° Du 23 janvier au 2 février 1933 : Chirurgie du membre inférieur. — 5° Du 6 février au 16 février 1933 : Chirurgie du thorax et du rachis. Chirurgie orthopédique. — 6° Du 20 février au 1er mars 1933 : Chirurgie gynécologique. — 7° Du 13 mars au 24 mars 1933 : Chirurgie du tube digestif. — 8° Du 26 avril au 4 mai 1933 : Chirurgie des annexes du tube digestif. — 9° Du 15 mai au 23 mai 1933 : Chirurgie des voies urinaires. — 10° Du lundi 17 octobre au samedi 29 octobre 1933 : Chirurgie oto-rhino-laryngologique. — 11° Du lundi 9 janvier au 19 janvier 1933 et fin juin 1933 : Chirurgie ophtalmologique.

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture de chaque cours. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions s'élève au moins à six.

Conférence de technique chirurgicale. — En dehors des cours des prosecteurs, suivis de répétitions sur le cadavre par les auditeurs, des conférences seront faites par des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Les dates et

NOUVELLES *(Suite)*

les sujets seront annoncés par voie d'affiche et dans les journaux médicaux.

Dès maintenant, les conférences suivantes sont annoncées : MM. Proust et Maurer : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire. — M. Mathieu : Chirurgie orthopédique. — M. Heitz-Boyer : Chirurgie urinaire.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 3 *Novembre*. — M. MAIGRE, Le paludisme autochtone dans le marais de Beauvoir-sur-Mer (Vendée).

4 *Novembre*. — M. PEREVERSEFF, Contribution à l'étude du son comme traitement de la constipation. — M. DAUBOIS, Emploi de l'insuline huileuse chez les diabétiques.

Thèses vétérinaires. — 3 *Novembre*. — M. DORVAL, Gangrène de la vulve *post partum*. — M. BUTTIN, Elevage pratique des chiots.

4 *Novembre*. — M. SALOMON, Race bovine vosgienne.

Assemblée française de médecine générale. — *Conseil d'administration du* 11 *octobre* 1932. — Présents : MM. les professeurs Carnot, président ; Laignel-Lavastine et Mauriac, de Bordeaux. MM. Aubertin, Barthélémy, Biard, Bourgeois, Cathala, Doury, Huber, Jomier, Louste, Marre (d'Orléans), Ch. Robert (de Versailles), Sicard, Tardieu, Tissier-Guy, Touchard ; Godlewski, secrétaire général.

Excusés : MM. J. Renault, Lesné, Trémolières, Ch. Richet, Pironneau, Alajouanine, Deroide (de Calais).

M. le Président prononce l'éloge d'André Gondron, délégué du Conseil d'administration à Nantes, et de Pierre Legrain, de la Section de Paris, récemment décédés.

Le secrétaire général rend compte de la formation de douze sections départementales nouvelles : Ain, Aude, Calvados, Charente-Inférieure, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Drôme, Landes, Loire, Mayenne, Hautes-Pyrénées. Dix autres sections et deux colonies sont en voie d'organisation.

Le Conseil exprime sa reconnaissance à ses délégués départementaux qui par leur zèle ont en moins de six mois réalisé la plus vaste et la plus active union d'observation clinique professionnelle centralisée.

Les dernières assises départementales ont donné lieu à une documentation régionale considérable et entièrement inédite sur la *pathologie alcoolique régionale*. Après publication de leur synthèse, avant la fin du mois, les assises nationales concluront sur l'ensemble à l'Hôtel-Dieu chez le professeur Carnot, le dimanche 6 novembre, à 9 heures, sous la présidence de M. Jules Renault.

M. le professeur Mauriac est désigné pour présider la IVe Session (décembre-janvier) consacrée aux *Animaux domestiques et leur rôle en pathologie humaine*.

Le Conseil entend l'argumentation des questions proposées par les cliniciens pour les sessions suivantes et fixe ainsi son choix : *Tuberculose conjugale* (février-mars) ; *Sérothérapie préventive antitétanique* (avril-mai) ; *l'Avenir des pleurétiques* (juin-juillet) ; *Fréquence et physionomie actuelles de la syphilis* (octobre-novembre 1933).

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

6 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. PASTEUR VALLERY-RADOT : La néphrose lipoïdique est-elle une entité morbide ?

6 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu à 9 heures. Assemblée française de médecine générale. Manifestations cliniques régionales de l'alcoolisme.

6 NOVEMBRE. — *Paris*. Cercle militaire, 17 heures. Remise de la médaille offerte au professeur Rieux par ses élèves et ses amis.

7 NOVEMBRE. — *Rennes*. Concours de chef des travaux d'histologie à l'École de médecine de Rennes.

7-8 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté*. Concours d'agrégation de médecine légale, pharmacologie et matière médicale.

7-8 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine*. Composition d'agrégation d'anatomie, d'histologie, d'histoire naturelle médicale et parasitologie, de bactériologie, d'anatomie pathologique, de médecine générale, de chirurgie, de chimie, de physique.

8 NOVEMBRE. — *Paris*. Académie de médecine. Fête en l'honneur du Dr Guéniot, ancien président, centenaire.

8 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Clôture du registre pour la prise de la première inscription.

9-10 NOVEMBRE. — *Faculté de médecine*. Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

9-10 NOVEMBRE. *Villes de Faculté*. Concours d'agrégation d'urologie.

9-10 NOVEMBRE. — *Facultés de médecine*. Composition d'agrégation de physiologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

10 NOVEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, 20 h. 20. Société végétarienne. M. le Dr FAUVEL : La timidité, le trac, leurs remèdes.

13 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. SIREDEY : Traitement du cancer du col utérin.

13 NOVEMBRE. — *Lille*. Remise d'un portrait au professeur Surmont.

14 NOVEMBRE. — *Montpellier*. Concours de chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux de Toulon.

14 NOVEMBRE. — *Paris*. Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

14 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole du Val-de-Grâce. Concours d'agrégation.

15 NOVEMBRE. — *Nîmes*. Dernier délai d'inscription du concours de l'internat des hôpitaux de Nîmes (hôpital Ruffi).

15 NOVEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Santé publique. Dernier délai des candidatures pour la concession des thermes de Bourbonne-les-Bains.

16 NOVEMBRE. — *Poitiers*. Concours de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

19 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours pour la nomination de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

20 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. ETIENNE BERNARD : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

21 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté*. Concours d'agrégation, histoire naturelle et parasitologie.

22 NOVEMBRE. — *Marseille*. Concours de clinicat de chirurgie infantile.

23 NOVEMBRE. — *Paris*. Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant à nommer dans l'armée.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr Jules GRAND : Conseils pratiques, mastication. M. le Dr QUÉNISSET : Influences cosmiques et végétarisme.

26 NOVEMBRE. — *Lyon*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var).

CHRONIQUE DES LIVRES

INSTITUT PASTEUR DE PARIS. ***Vaccination préventive de la tuberculose de l'homme et des animaux par le BCG.*** 1 vol. de 366 pages : 30 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*).

Cet ouvrage réunit 46 rapports et documents provenant des divers pays du monde, la France exceptée, et qui ont été récemment transmis par autant d'expérimentateurs, cliniciens, bactériologistes et vétérinaires parmi ceux qui se sont le plus occupés de l'étude de l'infection tuberculeuse.

Parmi ces 46 rapports, plusieurs sont particulièrement intéressants et instructifs parce qu'ils relatent les résultats de plusieurs années d'observation aussi complète que possible de divers groupes d'enfants, les uns vaccinés à leur naissance, les autres non vaccinés, élevés dans des conditions identiques de contact infectant, et régulièrement suivis. Dans leur ensemble, ils portent sur 443 000 enfants vaccinés hors de France, — alors que nous en comptons, à l'heure actuelle, en France, près de 900 000, — et ils sont unanimes à démontrer, non seulement l'innocuité parfaite de la méthode de vaccination préventive instituée par Calmette et Guérin, mais aussi son évidente efficacité protectrice. La preuve de celle-ci ressort de ce fait que, partout où la vaccination a été mise en pratique depuis plusieurs années, la mortalité tuberculeuse est devenue exceptionnellement rare et la mortalité générale se trouve réduite de moitié, souvent même davantage.

Ce volume, publié par l'Institut Pasteur, résume nos connaissances actuelles sur la vaccination par le BCG. et intéressera vivement les médecins français et étrangers. Les résultats publiés doivent les convaincre de la nécessité de généraliser cette méthode si précieuse.

Clinique médicale des Enfants. Maladies infectieuses, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, scarlatine, par P. NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. de 420 pages avec 151 figures : 55 fr. (*Masson et Cie, éditeurs*).

Ce neuvième livre de Clinique médicale des enfants contient des leçons sur quelques maladies infectieuses et particulièrement sur le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde et la scarlatine. C'est à la maladie de Bouillaud que sont consacrées le plus grand nombre de leçons, notamment aux cardiopathies qui l'individualisent et particulièrement aux péricardites, aux pancardites, à l'aortite rhumatismale, qui toutes présentent chez l'enfant un intérêt particulier. Signalons tout spécialement les leçons consacrées aux syndromes abdominaux douloureux et aux manifestations pulmonaires et pleurales.

Les particularités des fièvres typhoïdes et des paratyphoïdes chez l'enfant, leurs débuts brusques ou rapides, leur évolution dans la première enfance, les syndromes encéphalo-méningés qui les accompagnent parfois, les syndromes abdominaux douloureux sont l'objet d'intéressantes leçons.

La scarlatine enfin est étudiée à l'occasion des formes où elle s'intrique avec la fièvre typhoïde, et à propos des arthrites et des adénites qui s'observent si volontiers au cours de son évolution.

Ce volume, riche de faits bien observés et analysés, vient s'ajouter heureusement à tous ceux qui témoignent du bel effort d'enseignement et de recherche poursuivi par le maître clinicien des Enfants-Malades.

P. L.

Le vrai visage du combattant 1914-1918, par RAOUL MERCIER, professeur à l'École de médecine de Tours, avec une préface du général SERRIGNY. 1 vol. in-8° de 218 pages (*Ch. Lavauzelle*, 1932).

Dans ce volume, dédié à la mémoire du maréchal Fayolle, auprès duquel l'auteur fut adjoint à l'inspection générale du service de santé pendant la guerre, le Dr R. Mercier a voulu retracer l'histoire du combattant « dans sa vie de lutte, de fatigue, de misère et de souffrance » telle qu'un médecin a pu le voir, « en étant témoin de ses espoirs, de ses doutes, de son exaltation et de sa dépression morale ». Plein d'admiration et de reconnaissance envers lui, témoin aussi du dévouement et des services du médecin « son frère d'armes », R. Mercier, avec toute son expérience et tout son cœur, très documenté sur l'histoire de la guerre qu'il a vécue au front, près d'un de ses grands chefs, a réalisé une œuvre qui, d'un bout à l'autre, se lit avec intérêt et émotion et dans laquelle il suit le combattant aux prises avec l'ennemi, avec les gaz, avec la misère, avec la souffrance, avec les difficultés de l'évacuation. Après avoir montré son héroïsme et sa ténacité, dans un dernier chapitre sur l'envers des héros, il expose toutes les causes qui ont amené parfois la défaillance morale du combattant et les moyens qui ont permis de la connaître et de lutter contre elle : contrôle postal, qui, indiscrètement, recherche dans les lettres les doléances et les rancœurs de la troupe, centre neuropsychiatrique où peut être démêlée la roublardise de quelques simulateurs, centre médico-légal qui expertise les blessures et maladies suspectes, conseil de guerre où aboutissent les défaillances trop éclatantes ; conseiller technique du commandement, R. Mercier a, à ces diverses sources, recueilli au jour le jour des notes précises dont il fait part au lecteur, en montrant combien rares ont été les défaillances, eu regard de l'admirable tenue de la masse, le moral du soldat français ayant été l'un des principaux artisans de la victoire.

Cette œuvre, vivante et complète, est présentée au lecteur par le général Serrigny, qui en précise toute la portée et en dit le puissant attrait et la haute valeur psychologique. En adressant de justes éloges au rôle de Service de santé, il souligne comment, grâce aux médecins, a été maintenue la confiance dans l'armée et soutenu le moral du combattant, comment aussi par la perfection des évacuations, par les soins rapides des combattants, le Service de santé a contribué à conserver les effectifs du général en chef. Le général Serrigny rend en terminant « hommage au Service de santé qui, constamment, pendant la guerre, a maintenu à flot nos effectifs de combat, qui nous a rendu des hommes frais, vigoureux, alors que nous les lui remettions, dit-il, diminués physiquement et moralement, qui a contribué puissamment ainsi à la santé morale de l'armée, à la victoire ».

R. Mercier a été l'un des plus actifs parmi les méde-

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

eins qui ont vécu les années de guerre. Il a personnellement contribué aux progrès dans l'organisation des soins à donner aux combattants et dans la technique de ces soins. Il a tenu à retracer la rude vie du compagnon « dont il a recueilli les confidences et pansé les blessures », à ses jeunes camarades de l'armée qui ne l'ont pas vu dans l'action. On ne saurait trop recommander à tous ces jeunes la lecture du très beau livre qu'il vient d'écrire à la gloire du combattant français.

P. LEREBOULLET.

Actualités infantiles. Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction du Dr L. BABONNEIX, 1 vol. in-8° de 287 pages avec figures. Prix : 35 francs (*Masson et Cie*, 1932).

Dans un beau service de l'annexe Grancher à l'hôpital Saint-Louis, L. Babonneix a fait faire régulièrement par ses amis et ses élèves et a fait lui-même d'intéressantes leçons d'actualité qu'il vient d'avoir l'heureuse idée de réunir en volume. L'ouvrage s'ouvre par des pages très vivantes de Babonneix sur les *Réactions méningées* et les *Encéphalites aiguës infantiles*. Une leçon très claire et pratique de E. Azerad expose le *traitement du diabète infantile*. H. Biancani, dont on connaît la particulière compétence, dit ce qu'il faut attendre des *rayons ultraviolets dans les maladies du nourrisson*. Jean Blum montre *les services que peut rendre à la médecine infantile l'examen du fond d'œil*. Alfred Cayla parle des *anémies du nourrisson* ; Delarue, du *traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant*. Jean Hutinel traite de la question importante et difficile de l'*anorexie des enfants*. D'autres leçons sont consacrées par P. Lonjumeau au *traitement de l'hérédo-syphilis* ; M. Marçais aux *transfusions sanguines chez l'enfant*; Maurice Lévy à la *paralysie infantile*; Gilbert Robin au *diagnostic des arriérations mentales* et à la *méthode des tests mentaux*; Sigwald à la *néphrose lipoïdique*; E. Terrien à l'*emploi de la bouillie de malt chez le nourrisson*. On voit toute la variété et l'intérêt pratique des leçons réunies dans ce volume.

P. L.

La vaccination contre la diphtérie, par R. DEBRÉ. 1 vol. in-8° de 142 pages. Prix : 25 francs. (*Masson et Cie*, 1932).

La vaccination antidiphtérique a fait, depuis la belle découverte de l'anatoxine par G. Ramon, de tels progrès que la publication d'une monographie fixant les étapes scientifiques et pratiques de cette vaccination était fort utile. C'est ce que vient de faire, dans un excellent ouvrage, le professeur R. Debré. On sait la clarté avec laquelle il sait exposer toutes les données d'un problème biologique. De cette clarté, il donne une nouvelle preuve en consacrant toute la première partie de son volume à l'étude de l'immunisation active contre la diphtérie, de ses bases expérimentales, des premiers essais de vaccination, de leurs succès et de leurs échecs, de la découverte de l'anatoxine, en disant ensuite les caractères des divers vaccins : mélanges toxine-antitoxine ou anatoxine, en énumérant enfin les résultats obtenus par l'application de l'anatoxine à la vaccination antidiphtérique et les moyens de perfectionner la méthode ainsi créée. Un dernier chapitre fixe la mise en œuvre et la technique de la vaccination, les doses, les précautions à prendre, l'utilité d'une vaccination de rappel.

Cet ouvrage, bien présenté et très clair et précis, est appelé à rendre de grands services à tous ceux que leurs fonctions peuvent appeler à pratiquer et à répandre l'excellente méthode que nous devons à la découverte de G. Ramon.

P. LEREBOULLET.

Inspection médicale des écoles, par le Dr DUVERNOY, professeur à l'École de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique. Un volume in-8° de 236 pages, deuxième édition. Prix : 18 francs (*Chicandre, éditeur*, 49, *rue Bersot, à Besançon*).

Ce volume, complètement remanié et augmenté, constitue une documentation indispensable non seulement pour le médecin inspecteur, mais aussi pour tous ceux qui ont mission d'organiser l'inspection médicale des écoles dans le cadre du département.

Il donne le résumé ou le texte entier des systèmes proposés ou fonctionnant actuellement, et une organisation type qui tient compte de ce qui a été fait jusqu'à présent, ainsi que certaines vues originales.

Il reproduit le fac-similé de toutes les pièces nécessaires et surtout celui d'un livret de santé, établi chronologiquement, valable pour toutes les époques de la vie et applicable à l'inspection des écoles. Il envisage enfin le rôle du médecin dans les sociétés sportives scolaires ou post-scolaires.

Comme la première édition, il donne les projets de loi, en y ajoutant toute la documentation nécessaire sur le matériel, les mesures à prendre lors des épidémies, etc., ainsi qu'une note sur les modalités d'inspection actuellement pratiquées dans chaque département.

Livret de santé, par le Dr DUVERNOY, professeur à l'École de médecine de Besançon, directeur de l'Institut d'éducation physique.

Ce livret, établi choronologiquement, est destiné à suivre l'enfant, puis l'adulte, à travers toutes les étapes de son existence. Établi sous forme de pochette, il peut renfermer tous les documents d'ordre médical (ordonnances, certificats, etc.).

Il contient des feuilles qui indiquent la moyenne du poids, de la taille, des dates d'apparition des dents, des performances sportives suivant l'âge.

C'est un document indispensable pour qui veut s'assurer la réelle continuité d'une surveillance physiologique et médicale.

En vente chez Lefrançois, boulevard Saint-Germain, à Paris, au prix de 2 fr. 50 et par quantité (10 au minimum) chez l'éditeur, *Chicandre*, 49, rue Bersot à Besançon (15 francs la dizaine).

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Manuel de puériculture, par P. LEREBOULLET, avec la collaboration de SAINT GIRONS et ZUBER. Prix 20 francs (*Masson édit.*, 1932).

Le professeur Lereboullet a résumé, sous une forme accessible à tous, les notions de puériculture qu'il enseigne à l'hospice des Enfants-Assistés, aux jeunes filles et jeunes femmes soucieuses de s'instruire des soins à donner aux enfants.

Ce livre est, avant tout, destiné aux futures mères de famille, et doit leur montrer l'importance de la lutte contre la morbidité et la mortalité des tout petits, ses règles actuelles, les résultats qu'on peut attendre d'un effort méthodique.

Il insiste, notamment, sur l'allaitement maternel, sa nécessité, les obstacles à son accomplissement, la direction de l'allaitement au sein des premiers mois aux derniers, le problème de la suralimentation et de la sous-alimentation.

Il étudie ensuite l'allaitement artificiel, ses difficultés, les microbes du lait, les dangers du lait cru, les dangers du lait stérilisé, les laits modifiés, le jus de fruits crus comme adjuvant de l'allaitement artificiel, les indications et les modalités de l'allaitement mixte.

Puis vient l'étude du sevrage et de l'ablactation.

Les signes de la bonne santé du nourrisson, son hygiène générale, la protection des enfants avant la naissance, les asiles, maisons maternelles, cantines, crèches, consultations, l'assistance patronale ; l'action des infirmières-visiteuses et des assistantes sociales, montrent admirablement l'œuvre sociale, si féconde, qui s'est développée depuis quelques années et qui, déjà, a tant modifié les statistiques de mortalité infantile.

P. CARNOT.

Précis d'hygiène, par JULES COURMONT, avec la collaboration des professeurs CH. LESIEUR et Dr A. ROCHAIX. *Quatrième édition* revue et corrigée par MM. PAUL COURMONT et A. ROCHAIX. Un volume de 956 pages avec 225 figures (*Collection des Précis médicaux*). Broché : 65 francs (*Masson et Cie, édit., Paris*).

La quatrième édition de ce précis classique et connu est au courant des organisations nouvelles dans les divers domaines de l'hygiène. Le progrès de l'épidémiologie et de la prophylaxie ainsi que le développement de l'hygiène sociale ont attiré particulièrement l'attention des auteurs, et les remaniements apportées à ce manuel le rendent plus utile encore à tous ceux qui s'intéressent à la médecine préventive et à ceux qui doivent se spécialiser en hygiène : inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs de bureaux d'hygiène, médecins des écoles, médecins des épidémies, etc.

Clairement conçu et écrit, très riche en documents de tout ordre, intéressant et actuel, ce précis mérite le succès qu'il obtient auprès de tous ceux qui ont à connaître les acquisitions nouvelles dans les divers domaines de l'hygiène.

L. P.

Précis de thérapeutique infantile, par L. BABONNEIX. 1 vol. de 508 pages avec 56 figures (Prix broché 45 francs, cartonné 55 francs) (*Collection des Précis médicaux*) (*Masson et Cie*, 1932).

Il n'y a qu'à parcourir le nouveau précis publié par L. Babonneix, qu'à y constater la multiplicité des renseignements qu'il contient pour se rendre compte de son utilité, comprendre les services qu'il est appelé à rendre. Les médications y sont tout d'abord exposées : *médications chimiques*, classées par ordre alphabétique avec leurs propriétés, leurs indications, leurs incompatibilités, leur psologie et leur mode d'emploi ; *médications physiques*, si nombreuses et importantes à l'époque actuelle, *médications biologiques* (opothérapie, sérothérapie, vaccinothérapie, etc.) ; une place à part est faite aux petites interventions. Les *traitements* et les *régimes* sont ensuite exposés en détail, avec toute la précision nécessaire. Les dernières pages renferment un *formulaire* avec formules pratiques dont beaucoup personnelles à l'auteur, et un *index alphabétique* de plus de deux mille noms. Ce livre, très pratique, fort bien présenté, aidera les praticiens à bien soigner les enfants. L'auteur, tout en exposant les diverses opinions, donne souvent sa conception personnelle, basée sur une longue expérience, et la précision de ses conseils les rend d'autant plus utiles.

P. LEREBOULLET.

L'opothérapie orchitique chez la femme. Étude historique clinique par le Dr JEAN AUDIT (*Librairie Delmas, Bordeaux*, 1932).

Le médecin cultivé, dit Jean Audit dans son avant-propos, ne peut pas se désintéresser des questions attachantes, troublantes, que soulève le problème de la sexualité et dont l'étude lui apporte souvent la lumière indispensable à la conduite d'un traitement. Et ceci est surtout vrai dans le domaine de la psycho-neurologie.

L'auteur ayant rappelé que les plus grands noms de la biologie s'inscrivent dans des études d'endocrinologie hétéro-sexuelle, qui ont donné naissance à une littérature extrêmement abondante, s'est proposé de dresser une revue générale de la question. Encouragé en cela par le professeur Sabrazès, il s'est efforcé d'en faire la mise au point, tout en ne négligeant aucune occasion d'apporter des vues personnelles issues de sa propre expérience «...*Equidem virginibus suadeo ut citissime cum viris conjungantur ; si enim conceperint, sanæ evadunt* » a dit Hippocrate dont la vue intuitive était allée loin dans ce domaine, comme en beaucoup d'autres. L'organisme incomplet de la femme, lorsqu'il est frus-

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

tré ou dupé dans ses aspirations physiques et psychiques, est sujet à des troubles de déséquilibre, dits de carence, qui sont maintenant bien catalogués. L'abstinence est un mal, mais elle est moins néfaste certainement que l'amour détourné de son but, et à côté des troubles carentiels par le célibat se placent, plus marqués et plus graves dans leur répercussion, les troubles par fraudes conjugales qui se caractérisent, le plus souvent, par des poussées d'hyperthyroïdie avec nervosisme croissant.

Mais depuis les recherches de Pierra et Jouve, et les travaux de Léopold Lévi, Sédillot, Dalché, Cotte, Malherbe et beaucoup d'autres, on sait que ces troubles nerveux dits de carence, comme ceux de la menstruation qui s'y rattachent, trouvent leur traitement spécifique dans l'opothérapie orchitique, principalement sous forme d'androstine. Jean Audit rappelle et classe fort justement les divers cas où cette opothérapie a été instituée avec succès ; outre les cas de psycho-nervosisme susmentionnés, signalons l'obésité, certains syndromes cutanés, pelade, psoriasis, et surtout l'acrocyanose et les engelures qui paraissent réellement spécifiquement influencées.

Livre excellent qui se lit avec facilité, dans un style simple, clair, dépouillé de toute inutile phraséologie.

A. J.

Vocabulaire français arabe à l'usage des médecins, pharmaciens, dentistes, par le commandant KHAZNADAR, professeur d'arabe à l'Ecole du service de santé militaire et à l'Ecole de préparation coloniale de Lyon. 2e *édition*, 1931, 108 pages (*Librairie Flammarion, à Lyon*).

Guide pratique de première nécessité pour tous ceux qui doivent aller en pays de langue arabe pour s'initier au vocabulaire courant et se faire comprendre.

« Le Livre blanc » formulaire médical. Spécialités pharmaceutiques classées par indications. 1932, 1 vol, in-16 650 pages (Prix 25 francs) (*Éditions Henri Perrier, 4, rue Aubriot à Paris*).

Dans cette seconde édition, ce formulaire a été perfectionné tout en lui conservant son plan d'ensemble : tout d'abord, cette deuxième édition s'est augmentée de nombreuses spécialités qui ne figuraient pas dans la première édition. En outre, chaque partie de l'ouvrage a été revisée minutieusement.

En ce qui concerne la partie consultaire : tous les résumés de traitement classique qui se trouvent en tête de chaque consultation ont été revus et tenus à jour ; le classement des spécialités pharmaceutiques, sous les notes marginales, a été simplifié chaque fois que cela était possible ; de nouvelles consultations médicales ont été crées en particulier : *Anesthésie rachidienne, Démorphinisation, Dentition* (*Accidents de la première*), *Gangrène gazeuse, Hérédo-syphilis, Hoquet, Impuissance sexuelle, Leucémies, Mycoses, Prostate* (*Abcès de la*), *Zona.* Enfin, nous avons mis en tête des consultations, afin de faciliter les recherches, une table classant les diverses consultations par catégories.

A la troisième partie, sous le nom de chaque laboratoire, on trouvera le nom des spécialités qui sont classées aux première et deuxième parties, — liste qui pourra être de quelque utilité.

La dernière partie donne une liste des Etablissements médicaux (sanatoria et maisons de santé) classés sous diverses rubriques, suivie de celle des principales villes d'eaux.

Indications de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par R. DERSCHEID et P. TOUSSAINT (de La Hulpe-Waterloo). Un vol. in-8 de 40 pages avec 6 planches hors texte, 16 francs (*Doin et Cie édit., à Paris*).

Le succès de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire repose sur une étude approfondie et judicieuse des indications. La multiplicité des procédés chirurgicaux actuels (phrénectomie thoracoplastie, apicolyse, résections des adhérences pleurales en cours de pneumothorax artificiel) impose une discrimination des éléments indicateurs de chacune de ces méthodes. La solution d'un problème aussi complexe réside, en réalité, surtout dans l'étude attentive et complète des malades.

Établir une espèce de codification hiérarchique des différents procédés, depuis la phrénicectomie d'apparence bénigne jusqu'à la thoracoplastie totale, considérée comme une intervention grave, et cela sur la base d'une simple classification schématique des formes de la tuberculose pulmonaire ; vouloir ensuite présenter cet énoncé comme une clef, pénétrant le secret de l'indication spéciale opportune, c'est faire œuvre nocive. Le problème est d'ordre *individuel* et ne peut être solutionné de manière extemporanée. Les auteurs ont, avant tout, voulu souligner ce danger, qui semble plus menaçant à mesure que la chirurgie thoracique antituberculeuse tend à pénétrer la pratique courante.

Ceci ne veut pas dire que le problème des indications repose sur des notions mystérieuses ; bien au contraire, il repose sur des notions claires et précises, que les auteurs s'efforcent d'exposer avec méthode ; mais ces derniers désirent que les médecins ne cherchent pas à retirer de ces notions des déductions impératives et péremptoires, mais bien des directives, comportant un certain jeu, ménageant au sens clinique un rôle décisif. Qu'on ne cherche donc pas, dans ce livre, un moyen discriminatoire usuel des indications de la chirurgie thoracique, mises à la portée du praticien de la médecine générale. Son rôle est bien plutôt d'initier les médecins à la manière d'étudier un tuberculeux pulmonaire, dans le but de retirer, de cet effort, des directives inspirant sa faculté clinique dans le choix de telle ou telle thérapeutique.

La compétence très connue de M. Derscheid, médecin-chef des sanatoriums « Les Pius », et de M. Toussaint, médecin-directeur de ces mêmes sanatoriums à la Hulpe-Waterloo, donne à leur exposé très clair et illustré de fort belles radiographies un intérêt tout particulier.

P. L.

VARIÉTÉS

LE " FAIT HYDROLOGIQUE " DANS L'HISTOIRE DES SCIENCES

Autour du Congrès de Vichy.

Les piscines dans les stations hydrominérales d'après Raymond Neveu

« Une piscine épargne un hôpital. »

Chez les anciens.

Nous ne pouvons plus aller dans une ville, de si peu d'importance soit-elle, sans entendre le bureau d'hygiène nous entretenir du projet de création de « piscine municipale ». Nombre de stations thermales viennent d'inaugurer la leur. Nous avons visité celle des Escaldes, que notre ami Hervé et son architecte, Henri Martin, ont voulu tout en marbre rouge. Non moins belle sont celles de Cambo-les-Bains et de Salies-de-Béarn. Ax-les-Thermes nous a montré le plan de celle qui, l'an prochain, nous assure-t-on, sera la parure de la ville. Luchon, reine des Pyrénées, n'entend pas demeurer en reste et l'on cause, le plus sérieusement du monde de transformer en piscine sportive l'agreste lac des Quinconces, plus exactement, du Bosquet, dont les arbres, ombreux à souhait, constitueront une toile de fond inégalée...

Il semble que tout le monde ait lu *Nageons*, de G. de Villepion, qui atteint le chiffre respectable d'une dix-septième édition... J'en aime moins cependant sa conclusion à la Wells, l'homme se métamorphosant en un parfait amphibie avec tous les attributs de ces intéressants animaux et traversant, comme en se jouant, la Manche à la nage... La femme, je vous l'assure, y perdrait la grâce de nos modernes ondines mais à une condition : qu'elles suivent le conseil que le professeur Chabrol leur donnait, si sagement, en fin de notre dernier article de *Paris médical* : De grâce, Mesdames, laissez-nous quelque chose à découvrir !

M. Raymond Neveu nous convie à une histoire en raccourci des piscines à travers les âges.

J'aurais quelques scrupules à analyser ses lignes si vivantes et nous lui demandons la permission de les reproduire.

« C'est en effet à la lueur du passé qu'on apprend le plus souvent à mieux connaître le présent.

L'usage des bains remonte à la plus haute antiquité. Dans le palais de Cnossos, il y avait, notamment dans les appartements de la reine, des baignoires d'argile ; à Tyrynthe, les architectes crétois avaient installé des baignoires avec tout à l'égout, mais les piscines elles-mêmes semblent avoir eu une origine sacrée.

A Epidaure, la ville sainte d'Esculape, des tuyaux en poterie amenaient l'eau de la source sacrée à la piscine où l'on plongeait les malades. L'empereur fit édifier au nord de l'abaton, c'est-à-dire du dortoir où reposaient les pèlerins, des bains somptueux dont a retrouvé les vestiges. L'eau de ces bains était glaciale. J'ai pu m'en rendre compte lors d'un séjour dans le Péloponèse, au temps où M. Cawadias entreprenait ses fouilles. Et l'on comprend fort bien le passage si curieux d'Aristophane, que je me permets de vous citer :

« *Carion.* — Dès que nous avons été arrivés près du dieu, menant avec nous cet homme le plus malchanceux des mortels, maintenant le plus heureux et le plus riche, notre soin fut de le conduire à la source et de le laver.

« *La femme.* — Par Zeus ! le vrai bonheur pour un homme de cet âge d'être trempé dans l'eau froide ! »

***

« Dans cette piscine sacrée, on se contentait évidemment de plonger le malade et de le retirer aussitôt.

Homère nous dit que ses héros se délassaient des fatigues des combats en prenant des bains chauds. Mais, comme le fait remarquer fort justement M. Saglio, le luxe des bains que les Ioniens prisaient tant n'appartient pas en réalité à la Grèce des temps homériques. Ce n'est guère qu'au Ve siècle que l'on commença à user, et, disons le mot, à abuser des bains.

Il existe au Louvre un vase fort curieux que vous connaissez sans doute, où l'on voit une femme nager dans une piscine pendant que d'autres femmes s'apprêtent à se jeter à l'eau.

Il y avait donc bien à cette époque des piscines de natation.

Dans les villes grecques d'Asie Mineure, qui sont si intéressantes à parcourir même aujourd'hui, on retrouve le même luxe des établissements thermaux. Dans les maisons des riches citoyens comme dans les gymnases, il y avait des piscines, et c'était à qui rivaliserait de luxe et de générosité.

Un décret du IIe siècle avant notre ère remercie le gymnasiarque Métrodoros d'avoir largement pourvu d'eau les bains de Pergame, et une inscription recueillie par Ph. Le Bas, dans les îles de la mer Egée, nous apprend que le Sénat et que le peuple de Ténos élevèrent une statue à Satyros qui avait donné à sa ville un bain et un capital de 5 000 deniers dont le revenu devait servir à payer le chauffage du dit bain.

Comme on le voit, les initiatives privées, les dons contribuaient à la création et à l'entretien

VARIÉTÉS *(Suite)*

des piscines, et les villes savaient, comme il convient, honorer leurs bienfaiteurs.

A l'époque romaine, les piscines se multiplièrent. Mécène, dont on connaît les libéralités, en fit installer une chez lui, en plein air, et décorée de superbes mosaïques, et les riches praticiens, pour l'imiter, installèrent dans leurs palais des piscines où leurs hôtes se baignaient en commun.

Les thermes d'Agrippa, de Néron, de Caracalla, sont justement célèbres par leurs dimensions, et par leur splendeur. Ceux de Dioclétien avaient une piscine de 3 600 mètres carrés et, dans celle des thermes de Caracalla, 3 000 personnes pouvaient se baigner en même temps. Tout autour de cette piscine, on a retrouvé 1 600 sièges en porphyre ou en marbre (1).

L'ornement de ces thermes était d'une richesse inouïe, et qu'on ne saurait imaginer. C'est dans ceux de Caracalla qu'on a découvert le Torse antique, l'Hercule et le Taureau de Farnèse. C'est dans les thermes de Titus qu'on a retrouvé le splendide groupe du Laocoon, que tout le monde admire.

En Algérie, à six kilomètres de Khenchela, dans une gorge boisée, en un endroit appelé, aujourd'hui, « Fontaine Chaude », existent des thermes romains, qui comptent parmi les plus intéressants, et que M. Gsell a étudiés avec soin.

Les Eaux flaviniennes, c'est ainsi qu'on appelait cette station, étaient déjà fréquentées dès la plus haute antiquité. Aussi les Romains, qui aimaient le luxe, n'avaient pas hésité à élever dans ce coin perdu de l'Aurès un établissement digne des sources.

La piscine du milieu était rectangulaire et mesurait 10 mètres sur $13^{m},80$; au nord, dans une niche, se trouvaient, comme il était naturel, les statues d'Esculape et d'Hygie ; à l'est, il y avait une autre piscine circulaire de 8 mètres de diamètre. Tout autour, se trouvaient des vestiaires ainsi que des petites salles de bains individuels où les malades devaient sans doute se nettoyer avant d'entrer dans la piscine.

L'eau qui alimentait les thermes romains était de l'eau de source amenée par des canalisations souterraines ou des aqueducs, et comme on attachait un grand prix à ce que l'eau fût très claire, on suspendait parfois, comme à Rome, par exemple, des sacs de toile à l'ouverture des canalisations pour la filtrer en quelque sorte.

On tenait aussi à ce que la lumière entrât à flots à toute heure du jour. Aussi les établissements étaient-ils le plus souvent orientés vers le midi et le couchant et pourvus de larges fenêtres.

(1) Voy. aussi Négrier, Calmettes et Maréchalar, *Les bains à travers les âges*. 13, rue de l'Odéon, Paris.

Jusqu'à l'avènement de l'empereur Justinien, Il semble bien qu'aucun règlement n'ait régi le fonctionnement des thermes publics.

C'est Justinien qui, le premier, en effet, promulgua des édits défendant aux lépreux et à tous les malades contagieux l'accès des piscines. Ces édits méritaient d'être signalés.

Au Moyen âge, et pendant la Renaissance, les pratiques balnéaires furent aussi en honneur dans toutes les classes de la Société.

L'historien de Charlemagne, Eginhard, nous apprend que cet empereur avait, dans son palais d'Aix-la-Chapelle, une piscine où cent personnes pouvaient prendre leur bain en même temps.

A Paris, la plupart des quartiers avaient leurs étuves, et, chose intéressante, en temps d'épidémie, les établissements étaient fermés par mesure d'hygiène.

Montaigne nous dit que le bailli des Vosges publiait, chaque année, un règlement concernant les eaux de Plombières.

« Les maistres des dits beings doivent prendre soigneuse garde et visiter le corps de ceux qui y entrent tant de jour que de nuit, et cela pour obvier à plusieurs contagions et infections qui s'y pourraient engendrer. »

... Sous Louis XIII, commença le déclin des piscines. Les médecins en furent un peu la cause, car ils les accusaient de propager la syphilis. La rumeur publique, qui prend naissance, parfois on ne sait trop comment, accusa les piscines de rendre mères « les femmes de bien et les nubiles à leur insu ».

Cette accusation ridicule donna le coup de grâce aux établissements de bains.

... Puis vint la tourmente révolutionnaire, et ce n'est guère qu'au début du XIXe siècle que réapparurent les établissements de natation. Celui de Tivoli, sis 88, rue Saint-Lazare, fut parmi les plus célèbres, mais, d'une façon générale, on peut dire que ces établissements n'étaient accessibles qu'aux gens fortunés.

Il faut arriver aux toutes dernières années pour voir enfin les piscines prendre l'essor que nous savons. »

***

Chez les modernes.

M. Raymond Neveu nous décrit minutieusement les piscines de diverses stations. Nous allons rapidement les passer en revue :

Aix-les-Bains possède plusieurs piscines, dont deux plus grandes, de 11 mètres sur 7, tandis que


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre Clonazone Daufresne
CLONAZONE
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

VARIETÉS *(Suite)*

celle de *Brides-les-Bains* mesure 45 mètres de long sur 15 de large. Les piscines de *Bains-les-Bains* sont construites au lieu même du captage des eaux. A signaler à *Aix-en-Provence*, la piscine construite par M. Urbain, chef de travaux à l'Institut d'hydrologie. Cette belle piscine mesure 19 mètres sur 9. *A Salies-du-Salat*, dont l'établissement thermal est entièrement neuf, il a été tenu compte de la clientèle infantile qui fréquente cette charmante station : la piscine est en demi-lune et munie de nombreux escaliers qui la desservent. Une vaste terrasse, au-dessus de l'établissement thermal, permet une admirable cure de soleil, réglée tout comme dans les meilleures stations d'héliothérapie. Toutes différentes sont les piscines de *La Malou* où l'on ne doit pas bouger. Celle de *Luchon*, piscine médicale à eau sulfurée courante, mesure 8 mètres sur 8, est bâtie en pente douce ; sa température stable est de 32 degrés. Arrêtez-vous un instant auprès de celle d'*Amélie-les-Bains* classée comme monument historique, en raison de son origine gallo-romaine. Dans la région lyonnaise, *Charbonnières* nous offre deux piscines d'inégales dimensions : pour les dames, le bassin mesure 12 mètres sur 8; celui des hommes 40 mètres sur 8. *Saint-Honoré-les-Bains*, *Vernet*, *Thuès* ont également leurs piscines, ainsi que *Bagnères-de-Bigorre*... dont le palmarium est à citer. *Salins-Moutiers* évoque la plus élégante des plages. *Salies-de-Béarn* a inauguré cette année une piscine de 22 mètres sur 12. Chaque déshabilloir est muni d'une douche qui permet le savonnage avant l'entrée. *Cauterets* présente une piscine sulfurée, à eau courante comme toutes celles que nous venons de citer.

***

Les piscines parisiennes.

Nous nous en voudrions de ne pas dire un mot des piscines parisiennes qui se multiplient, heureusement, sur tous les points de la capitale. Nous laissons ici la parole à M. Neveu.

« Mais le renouvellement de cette eau devant se faire seulement une fois par semaine, les directeurs de ces établissements se sont préoccupés de l'épurer, soit par filtration sur quartz, soit par clarification au sulfate d'alumine, soit par stérilisation au chlore, et, à titre d'exemple, il est permis de citer cette piscine parisienne, d'une contenance de 550 000 litres, dont l'épuration se fait au moyen d'une batterie de six filtres et d'un réservoir annexé de 50 litres où l'on ajoute 4 litres d'eau de Javel, quantité suffisante pour stériliser le volume total de la piscine en vingt-quatre heures.

Malheureusement, très peu de piscines sont l'objet de pareilles précautions et, depuis les temps reculés de l'histoire — puisque Justinien avait déjà refusé l'accès des bains aux lépreux — les hygiénistes se sont préoccupés d'écarter autant que possible les dangers de contamination.

Le professeur Bordas, qui a attiré l'attention des hygiénistes sur cette question, et, après lui, Schultz en 1899, observant une épidémie de trachome, Alkin en 1911, Ferlink en 1922 et enfin le Dr Levassort en 1924, avec plusieurs cas de spirochétose, ont amené la Direction de l'hygiène à procéder à une enquête à ce sujet, enquête qui démontre parfaitement qu'on peut trouver jusqu'à 21 000 et 40 000 coli-bacilles par litre d'eau de piscine.

La teneur en bacilles, étant ainsi prouvée, appelle la nécessité de la désinfection, et la méthode du Dr Thomas, entre autres, a paru excellente, parce qu'utilisant le chlore — soit sous forme gazeuse, soit à l'état de chlorure de chaux : *bleaching-powder* en anglais — mais, malheureusement, d'une installation un peu compliquée.

La rigoureuse désinfection de l'eau après son utilisation, la désinfection même des maillots ne garantissent pas l'innocuité absolue des piscines, car le corps humain encore apporte ses risques de pollution ; et de ce fait, — l'idéal étant de changer l'eau à volonté mais pratiquement impossible, — la question qui se pose est le nettoyage même du corps humain avant son entrée dans le bain.

L'aération, la purification de l'eau, complétées par la désinfection des maillots, doivent encore être aidées dans leur œuvre de désinfection par l'exigence de la douche et du pédiluve. Ainsi traitées, — et encore mieux, sous la surveillance d'un corps médical — les piscines des villes diminueront leur degré de pollution, tout en restant encore loin des garanties présentées par celles des stations hydrominérales. »

Il n'entre pas dans notre dessein d'exposer ici les résultats thérapeutiques obtenus en bains de piscine. Nous avons voulu appeler l'attention sur ce côté du *fait hydrologique* et sa place dans l'histoire générale de l'hydrologie.

(A suivre.)

Dr Moлinéry (Luchon).

REVUE DES CONGRÈS

XXXII[e] CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Paris, 4-8 octobre 1932.

Traitement des tumeurs malignes de la vessie.

Rapport de MM. André et Grandineau (de Nancy).

L'importante question du traitement des tumeurs malignes de la vessie revient aujourd'hui en discussion à une époque où, en plus des procédés chirurgicaux, nous possédons, depuis un temps assez long déjà pour juger des résultats, des moyens physiques, diathermie, radium, rayons X, mésothorium. Le moment semble donc venu de comparer les résultats de la chirurgie d'une part et des procédés physiques d'autre part.

La première question qui se pose est celle du diagnostic de malignité. Si pour les tumeurs sessiles ou infiltrées l'examen cystoscopique seul est très suffisant pour affirmer la malignité, dans les tumeurs pédiculées, elle est au contraire généralement insuffisante, et une biopsie préopératoire est la plupart du temps nécessaire pour savoir si on a affaire à un papillome bénin, ou à un épithélioma.

A. **Traitements chirurgicaux.** — Les traitements chirurgicaux qui ont été employés jusqu'ici sont l'excision simple de la tumeur, la résection partielle de la vessie et la cystectomie totale.

L'**excision simple** de la tumeur n'est applicable que dans les tumeurs pédiculées ou tout au moins pédiculisables, dont le pédicule n'est pas infiltré par les cellules néoplasiques et où la muqueuse peut encore glisser sur les couches musculaires. Dans ces cas, l'excision assez large, faire à distance, après traction sur le pédicule, peut donner un bon résultat. Il y a d'ailleurs avantage à la faite au bistouri électrique plutôt qu'à l'instrument tranchant et à cautériser à la haute fréquence l'emplacement de la tumeur après son ablation.

Les **résections partielles** comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, y compris le revêtement péritonéal, dans les zones recouvertes par le péritoine, s'adressent de préférence à des tumeurs sessiles ou infiltrées, mais bien limitées, et siégeant dans les portions de la vessie où cette résection peut être faite assez largement. Il faut en effet enlever en même temps la tumeur et tout autour une zone d'environ deux centimètres et demi de paroi vésicale apparemment saine. Or, s'il est facile de faire une résection suffisamment étendue lorsque la tumeur siège dans le tiers supérieur, ou encore dans le tiers moyen de la vessie, il devient beaucoup plus difficile de faire cette résection dans de bonnes conditions pour des tumeurs du tiers inférieur, en raison de la proximité immédiate des uretères, car dans ces cas, on se trouve amené à devoir réséquer au moins un uretère. Or, la résection de l'uretère aggrave considérablement l'opération.

Les Américains font volontiers la résection et la réimplantation de l'uretère ; en France, on considère que cette opération donne fréquemment des complications graves du côté du rein et nécessite souvent l'ablation du rein et de l'uretère séance tenante, sauf dans les cas où le rein aurait encore un bon fonctionnement, où l'uretère paraîtrait normal et pourrait être facilement réimplanté dans la paroi vésicale.

Malheureusement, 10 p. 100 seulement des tumeurs siègent dans le tiers supérieur de la vessie, 30 p. 100 dans le tiers moyen et 60 p. 100 dans le tiers inférieur. C'est dire que la réalisation d'une cystectomie partielle dans de bonnes conditions ne sera pas très fréquente. Ici encore il y aura avantage à se servir du bistouri électrique qui évitera peut-être les greffes opératoires, qui ne sont pas rares dans les interventions faites au bistouri ordinaire.

La **cystectomie partielle**, qui paraît la plus logique dans les cas de tumeur du bas-fond vésical, est toutefois grevée d'une énorme mortalité, d'au moins 50 p. 100 ; si les résultats en sont généralement mauvais, c'est qu'on l'applique la plupart du temps à des tumeurs trop avancées ou qui ont récidivé après d'autres interventions. Sans doute les résultats seraient-ils meilleurs, si on la pratiquait pour de petites tumeurs plus récentes; mais il sera toujours très difficile d'obtenir le consentement des malades à cette importante intervention pour des cas relativement au début. Cette opération comporte, bien entendu, la dérivation préalable des urines, par l'abouchement des uretères, soit dans l'intestin, comme le font fréquemment les Américains, soit plutôt par la dérivation cutanée, par la double urétérostomie iliaque selon le procédé de Papin.

B. **Traitement par les agents physiques.** — La **diathermie cystoscopique** n'est à employer que pour des tumeurs pédiculées ; il est reconnu aujourd'hui que dans les tumeurs sessiles infiltrées, elle est insuffisante et ne peut prétendre qu'à un effet palliatif et non curatif. On pourra l'employer à cet effet dans le but de diminuer les hématuries chez ces malades qu'on ne juge pas pouvoir essayer de guérir par une intervention curative en raison de l'étendue de la tumeur.

La **diathermie employée à vessie ouverte** offre la possibilité d'une action beaucoup plus puissante que par voie cystoscopique. Dans un certain nombre de cas, lorsque la tumeur n'a pas infiltré trop profondément l'épaisseur de la paroi vésicale, il est possible d'obtenir sa destruction d'une façon apparemment complète et avec de bons résultats éloignés.

En France, Bœckel et Oraison ont rapporté des observations avec des guérisons datant d'un temps déjà assez long pour être considérées comme définitives.

Dans les cas de tumeurs déjà trop avancées pour qu'on puisse espérer la guérison, l'électrocoagulation par voie sus-pubienne, qui ne paraît pas une intervention grave en elle-même, donnera souvent un résultat palliatif intéressant.

Parmi les applications du **radium** qui ont été utilisées, la télécuriethérapie n'offre pas de possibilités pratiques. Le radium employé par les voies naturelles au moyen d'une sonde a pu donner des résultats dans certains cas, pour arrêter les hématuries et même faire disparaître certaines tumeurs, mais ce procédé est trop peu précis, sauf dans le cas de tumeurs siégeant au niveau même du col. Les Américains se servent volontiers d'application de tubes de radium, mis au contact de la tumeur au moyen de cystoscopes spéciaux porte-radium, et ont obtenu de bons résultats, surtout pour les tumeurs

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

pédiculées. Dans les tumeurs infiltrées, cette application en surface semble insuffisante.

L'application la plus fréquente du radium se fait par voie sus-pubienne après taille hypogastrique, par l'implantation d'aiguilles dans la tumeur, aiguilles qui sont laissées en place plusieurs jours.

Le traitement par le radium est actuellement très discuté et, après l'enthousiasme des premières années, nombre de chirurgiens y ont renoncé. L'application d'aiguilles de radium détermine souvent des phénomènes douloureux extrêmement prononcés et prolongés et l'élimination pendant très longtemps de tissus cautérisés et nécrosés, avec phénomènes de cystite intense et de brûlures de la vessie pouvant aboutir à un rétrécissement de l'organe, sans compter les phénomènes de toxémie grave et parfois mortelle, lorsqu'on a mis du radium dans une tumeur trop considérable.

A côté de ces mauvais effets du radium, il faut cependant reconnaître que, dans certains cas, il a pu amener une guérison du cancer, vérifiée à longue échéance. Marion et surtout Dargent en ont rapporté des cas.

Le **mésothorium** employé en injections intraveineuses faites en séries et même en injections paravésicales a pu donner d'une part une amélioration de l'état général, d'autre part, un arrêt tout au moins momentané des hématuries, mais la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il n'a pas d'effet réel sur le volume et la marche des tumeurs, et les espoirs qui avaient été fondés sur lui au début ne se sont pas réalisés ; il peut être un palliatif utile, mais sans plus.

Radiothérapie profonde. — L'emploi des rayons X dans le traitement des tumeurs malignes de la vessie n'a pas donné non plus les résultats qu'on en avait espérés ; quelques cas de guérison ont été relatés, en particulier par Bœckel, mais les échecs sont beaucoup plus nombreux que les succès et la plupart des auteurs qui l'ont utilisé n'en ont obtenu aucun résultat. Ici encore comme pour le mésothorium on voit parfois les hématuries cesser pour un temps, mais la marche de la tumeur ne paraît pas influencée. Donc là encore résultat purement palliatif et sans qu'on puisse espérer de guérison fréquente.

C. **Traitements palliatifs dans les cas inopérables.** — Dans beaucoup de cas où il est malheureusement trop tard pour permettre d'espérer une guérison on peut toutefois par certaines interventions soulager et prolonger les malades.

La **simple taille hypogastrique,** en mettant la vessie au repos, pourra soulager pour un temps les malades atteints de cystite douloureuse, mais ce soulagement n'est pas toujours complet, ni surtout durable. Il vaut mieux le plus souvent faire une dérivation des urines, par l'urétérostomie illiaque bilatérale de Papin, combinée à des lavages de vessie et parfois à une cystostomie, lorsqu'il persiste des troubles vésicaux dus à l'accumulation dans la vessie de sang et de sécrétions dues à la tumeur.

D, Conclusions. — Dans les tumeurs pédiculées ou villeuses, lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse et qu'il ne s'agit pas de tumeurs multiples, il y a intérêt à essayer d'abord l'électrocoagulation par voie cystoscopique. En cas d'échec de ce moyen, ou en cas de tumeurs trop grosses, ou de tumeurs multiples, on interviendra par voie sus- pubienne. Si les tumeurs sont extirpables, on en fera l'excision, de préférence au bistouri électrique, et on cautérisera la base d'implantation soit au thermocautère, soit avec la haute fréquence.

Pour les tumeurs sessiles ou infiltrées, il faut toujours avoir recours à l'intervention par voie sus-pubienne, et ici la question du siège de la tumeur nous guide habituellement dans le choix du procédé opératoire à employer.

Si on a affaire à une tumeur unique, de moyen volume, bien limitée, siégeant soit au sommet, soit sur les parois latérales, antérieure ou postérieure, mais assez loin des uretères pour qu'une ablation large ne risque pas de les comprendre, c'est à la résection partielle qu'on aura intérêt à recourir : résection de toute l'épaisseur de la paroi, péritoine y compris, s'il est nécessaire. Si cette intervention donne une mortalité un peu plus considérable que l'emploi du radium ou de la haute fréquence, elle paraît par contre donner plus de chances de guérison définitive.

Pour les tumeurs du bas-fond, sauf les cas rares d'une petite tumeur limitée, pouvant être enlevée assez largement, avec résection et réimplantation d'un uretère d'apparence normale, ou avec ablation du rein correspondant, si le malade est en état de la supporter, il vau mieux, dans la plupart des cas de tumeurs un peu étendues, renoncer d'emblée à l'exérèse et même à la cystectomie totale, qui, faite dans des cas trop avancés, ne peut donner de bons résultats, et surtout pas de bons résultats éloignés, la récidive étant presque fatale.

Dans ces cas, on aurait intérêt à faire d'abord la coagulation à la haute fréquence de la tumeur et de sa base d'implantation qu'on détruira aussi complètement que possible. On pourra ensuite, si la tumur n'est pas trop étendue, faire dans sa base l'implantation d'aiguilles de radium, laissées en place pendant quelques jours.

De l'examen des statistiques publiées, il résulte que si les interventions pour tumeurs malignes de la vessie donnent aujourd'hui une mortalité immédiate environ moitié moindre qu'il y a vingt ans, par contre, la mortalité éloignée est restée à peu près la même qu'autrefois ; il ne semble donc pas que l'emploi des moyens physiques imaginés dans ces dernières années ait amélioré beaucoup les résultats qu'on obtenait de la chirurgie seule autrefois. Pour obtenir de meilleurs résultats, il faudrait opérer les malades beaucoup plus tôt : c'est parce que dans l'immense majorité des cas nous voyons les malades trop tard, avec des tumeurs trop avancées, que les résultats éloignés sont mauvais, car, même si la tumeur enlevée chirurgicalement ou détruite par les agents physiques ne récidive pas, au bout de quelques mois les infections du système lymphatique ou les métastases emportent les malades.

On doit donc recommander une fois de plus de faire cystoscoper sans délai tout malade qui présente une hématurie sans douleur, ainsi que tout malade présentant de petits phénomènes de cystite qui ne cèdent pas rapidement par les moyens usuels. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'on découvrira les tumeurs relativement au début et qu'on améliorera les résultats du traitement des tumeurs de la vessie.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Discussion.

Sur le traitement des cancers de la vessie. — M. RICHER (de Lyon) insiste sur l'association radium-chirurgie et sur les résultats encourageants qu'il a obtenus. Il repousse l'implantation de la tumeur par aiguilles de radium qui donne non pas seulement de la toxémie ou de la cystite, mais bien plutôt de l'urémie par rétraction vésicale douloureuse.

Il utilise la technique suivante : ouverture de la vessie à vide, ablation de la tumeur (pédiculée ou sessile) et de sa base d'implantation muqueuse (toujours possible quel que soit le volume), étincelage hémostatique de la base d'implantation qui n'est pas suturée, mise à plat sur celle-ci de 1 ou 2 tubes de radium (50 à 75 milligrammes de bromure pendant deux à trois jours).

Dans les traitements palliatifs, il insiste sur l'énervation sensitive de la vessie, qui a à son actif quelques résultats encourageants.

Le professeur HOGGE (Liége) considère que toutes les vraies tumeurs de la vessie sont des tumeurs malignes. Il insiste sur la valeur très relative des biopsies en regard de la signification des signes cliniques. Il signale notamment un cas de sarcome pédiculé de la paroi antéro-supérieure de la vessie opéré et resté guéri pendant vingt ans. Par contre, des soi-disant papillomes bénins se cancérisent et se généralisent très souvent.

Les résultats de nos interventions seront mauvais aussi longtemps que nous ignorerons la cause ou les causes du cancer, et l'on n'y arrivera que par une longue étude histo-pathologique, expérimentale (greffes, implantations, etc.), bactériologique, etc.

Les médecins urologistes appliquent les moyens physiques un peu à l'aveugle. Un concours plus serré est nécessaire entre spécialistes, radiologistes et anatomo-pathologistes. Le professeur Hogge parle ensuite de quelques points de la technique des cystectomies totales ; nécessité aussi d'enlever du même coup la prostate et les vésicules séminales, de faire la symphyséotomie et l'écartement du pubis, abouchement très bas des uretères dans le rectum afin de faciliter la formation éventuelle d'une fistule urinaire périnéale.

Le Dr ORAISON (Bordeaux) expose sa méthode dans le traitement des tumeurs de la vessie. Elle consiste à détruire par électrocoagulation cystoscopique les tumeurs pédiculées ou non de petit volume et à enlever par la taille les tumeurs plus volumineuses ou à les abraser à la curette si elles sont infiltrées, puis à électrocoaguler profondément le point d'implantation. Ensuite, il soumet ses opérés pendant plusieurs années à un contrôle cystoscopique qui lui permet de dépister les récidives à leur début et de les détruire immédiatement. Il rapporte le cas d'un cancer sphacélé qu'il a enlevé il y a vingt et un ans et qui n'a jamais récidivé jusqu'à aujourd'hui. Il se demande, à cette occasion, si le sphacèle ne constituerait pas un processus de guérison.

Traitement des tumeurs de la vessie. — Le professeur GAYET (de Lyon) rappelle les difficultés du diagnostic de malignité. Il considère que les polypes dits bénins sont une maladie à part qui ne dégénère pas en cancer (du moins il ne l'a pas constaté), mais qui peut devenir grave par la repullulation et par la complication entraînées par l'hémorragie, l'infection, l'urémie.

Pour ces tumeurs, la diathermie est l'arme de choix ; parfois il faut l'employer à ciel ouvert, après cystostomie, et celle-ci peut être répétée (un malade survie vingt ans, cystostomie trois fois).

Pour le cancer, l'auteur ne veut pas renoncer au bistouri. L'opération doit être faite sur des cas bien choisis ; elle peut seule jusqu'à présent donner de longues survies. Le sacrifice d'un uretère peut être nécessaire et est souvent bien supporté, même sans exiger le sacrifice du rein correspondant.

Dans les cas de cancer mal placé (col, trigone) ou trop étendu, la fulguration à vessie ouverte est un bon moyen palliatif.

Le radium n'a donné à l'auteur que des déboires, peu de survie sérieuse et beaucoup d'accidents : sphacèle, infection ascendante, embolie, péritonite, intoxication. La mortalité qu'entraîne une application sérieuse est pour lui beaucoup plus grande qu'on ne le croit en général.

La radiothérapie profonde, plus nouvelle, mérite d'être étudiée. L'avenir amènera peut-être, par le perfectionnement de ces agents physiques et de leur utilisation, la possibilité de reviser ces conclusions pessimistes.

A propos du traitement des tumeurs malignes de la vessie. — M. CATHELIN, sur 570 cas de tumeurs vésico-prostatiques, a observé 213 cancers de la vessie chez 172 hommes et 41 femmes. Il n'en a opéré que 51 avec une mortalité dans le mois de 5 p. 100 et qui lui permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Pas d'opération trop radicale, comme la cystectomie totale ; 2° pas de fulguration par les voies naturelles ; 3° *la taille toujours* ou suivant les cas la thermocautérisation profonde et prolongée ou la résection partielle de la muqueuse avec sutures ; 4° enfin la quinisation prolongée *toute la vie*, après l'opération.

Il termine par ce mot de la fin : *surtout, pas de zèle.*

Le Dr Jean de SMETH (Bruxelles) relate 22 cas de tumeurs malignes de la vessie dont 5 femmes et 17 hommes.

Parmi ces malades, 16 sont décédés, mais il a pu constater des survies de quatorze ans dans 2 cas, de six ans dans 2 cas, de quatre ans dans 1 cas et de trois ans dans 1 cas. Les moyens thérapeutiques employés ont été le thermocautère, l'électrocoagulation par le cystoscope ou à vessie ouverte, la radiothérapie profonde et le radium. Les patients traités par le radium en ont souffert énormément et ont succombé en quelques semaines. A son avis, les meilleurs résultats ont été obtenus par l'électrocoagulation cystoscopique pour les tumeurs de petit volume, par l'excision à vessie ouverte par le thermocautère ou l'électrocoagulation pour les grosses tumeurs.

Dr DUVERGEY (de Bordeaux). — La précision du diagnostic est à la base de ce traitement et des résultats thérapeutiques obtenus.

Les *tumeurs malignes pédiculées* sont justiciables de l'électrocoagulation par les voies naturelles si elles sont peu nombreuses et peu volumineuses, à ciel ouvert après cystostomie dans le cas contraire.

Les *tumeurs sessiles* sont justiciables du même traitement. La cystectomie partielle peut être pratiquée avec succès, lorsqu'elles sont implantées sur le dôme vésical. L'emploi du bistouri électrique évite les greffes opératoires.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les *tumeurs infiltrées* donnent des déboires au point de vue thérapeutique. Le mésothorium est sans action, ainsi que la radiothérapie. La radiumthérapie donne de mauvais résultats. Les méthodes palliatives, comme la dérivation urinaire par la néphrostomie ou l'urétérostomie iliaque bilatérale ne font pas disparaître totalement le ténesme vésical. L'étincelage, en opérant un véritable curage palliatif, rend de signalés services même dans ces formes graves.

Le Dr A. BOECKEL publie sa statistique de tumeurs malignes de la vessie par la radiothérapie profonde et l'électrocoagulation-étincelage à vessie ouverte, et conclut ainsi :

Etant donnée l'inconstance des résultats de la radiothérapie profonde et de la radiumthérapie; étant donnés, d'autre part, les dangers de la cystectomie totale, l'électrocoagulation à vessie ouverte, qui donne des résultats satisfaisants avec un minimum de risques, peut être considérée comme le *procédé thérapeutique de choix* dans les cancers sessiles ou infiltrés de la zone inférieure de la vessie, lorsque les grandes dimensions de la tumeur ne permettent pas l'électrocoagulation par la voie endoscopique.

M. LEPOUTRE (de Lille). — L'examen histologique de la tumeur doit être la base de toute statistique intéressant le cancer.

Pour les *tumeurs malignes pédiculées*, de bons résultats ont été obtenus par l'extirpation de la tumeur en un temps (taille ou voies naturelles), la coagulation énergique de la base et la radiothérapie pénétrante. L'auteur a des succès datant de plus de sept ans grâce à cette thérapeutique associée.

Pour les *tumeurs infiltrées*, infiniment plus graves, la coagulation de la tumeur à vessie ouverte est une bonne méthode palliative.

La cystectomie partielle est une mauvaise opération, qui n'enlève pas largement la tumeur avec son territoire lymphatique, et qui donne une proportion énorme de récidives sur place.

La seule opération logique, c'est la cystectomie totale et précoce. Nous ne pouvons juger de cette opération qui, à l'état actuel, est toujours pratiquée trop tard. Elle est la seule qui corresponde aux conditions élémentaires de succès dans la chirurgie du cancer.

Traitement des tumeurs de la vessie par la haute fréquence (électrocoagulation). — M. LE FUR (de Paris). Les courants de haute fréquence doivent être utilisés : 1° *à vessie fermée* (par la *voie cystoscopique*) en cas de papillomes *petits ou moyens* (au-dessous du volume d'une noix) et aussi en cas de tumeurs suspectes comme aspect au cystoscope, mais bien *pédiculées* ; 2° *à vessie ouverte* (après taille hypogastrique) en cas de *papillomes très volumineux* ou *nettement dégénérés*, ou de *tumeurs sessiles*, mais bien limitées, qui *inspirent des doutes*, au point de vue de leur nature bénigne, mais qui ne semblent pas avoir encore envahi l'épaisseur de la paroi vésicale. Sur 103 cas de tumeurs vésicales observés par nous et suivis, 47 cas favorables,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

pris au début, ont été traités par la haute fréquence ; 26 par la *voie cystoscopique* avec 56 p. 100 de guérisons pour les papillomes dégénérés, 24 p. 100 pour les tumeurs sessiles ; 21 cas ont été traités à *vessie ouverte*, avec 12 guérisons, soit 57 p. 100 de succès et 9 récidives (soit 43 p. 100 d'échecs). Les résultats du traitement par le radium dans notre statistique sont un peu moins bons.

Le Dr M. Gérard (de Lille) oppose les résultats brillants que l'électrocoagulation et l'intervention chirurgicale donnent dans le traitement des papillomes vésicaux à ceux, beaucoup moins brillants, que procure la thérapeutique des tumeurs malignes. Pourtant, il rapporte 3 cas où des tumeurs cliniquement et anatomiquement bénignes se sont comportées comme des cancers.

Ce n'est que dans trois cas — deux fois pas éradication chirurgicale, une fois par électrocoagulation — qu'il a obtenu des guérisons au cas de tumeurs malignes : il s'agissait, d'ailleurs, de lésions à leur début.

Les méthodes chirurgicales, cystostomie avec destruction des tumeurs au thermaucautère, puis électrocoagulation, ou cystostomie simple, ne lui ont jamais donné de guérisons appréciables. L'électrocoagulation n'a jamais agi que comme un palliatif à résultats de courte durée, ainsi que les applications de radium et l'emploi du mésothorium. La radiothérapie profonde, après avoir, dans deux cas, suscité l'espoir de guérisons, et donné des améliorations de durée appréciable, s'est montrée, dans des cas beaucoup plus nombreux, totalement inefficace.

L'auteur constate que les tumeurs malignes sont, en général, vues par l'urologue beaucoup trop tardivement Il est infiniment désirable que l'on soit de plus en plus persuadé de ce fait que toute hématurie qui ne relève pas manifestement d'une néphrite, demande immédiatement un examen cystoscopique. C'est à cette seule condition que l'on verra s'améliorer les résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie.

M. Georges Luys pense que le traitement radical des tumeurs de la vessie est encore à trouver, et que c'est au traitement palliatif qu'on devra avoir recours dans l'immense majorité des cas, car il prolonge la vie des malades.

Il comprendra des lavages minutieux et quotidiens de la vessie ou même la taille hypogastrique permanente.

L'auteur insiste sur les bienfaits de l'électrocoagulation appliquée à titre palliatif. Celle-ci, pratiquée dans l'air avec son cystoscope à vision directe, a une action infiniment plus efficace, plus forte et plus sûre qu'avec les cystoscopes à eau, et il cite à ce sujet les expériences concluantes qu'il a pratiquées.

Sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie. — Edmond Papin (de Paris). La malignité de tumeurs vésicales peut être reconnue par : la cystoscopie, la biopsie, la cystoradiographie.

On n'est pas toujours certain, avant l'opération, d'avoir affaire à une tumeur bénigne ou maligne.

Le traitement radical, c'est encore le traitement chirurgical aussi large que possible.

On devrait faire plus souvent la cystectomie totale,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

mais la dérivation des urines offusque beaucoup de malades.

La mortalité opératoire des opérations larges est assez élevée : elle s'abaisserait si l'intervention était plus précoce.

Les traitements physiques ne sont pas des traitements curateurs, mais ils peuvent donner des améliorations.

Le meilleur traitement palliatif est la dérivation haute par double urétérostomie iliaque. La cystostomie est la plupart du temps insuffisante.

M. Pasteau (de Paris). — Les tumeurs papillaires sont plus souvent qu'on ne le croit des tumeurs malignes. Dire qu'en cas de tumeur bénigne on arrive toujours assez tôt est en pratique faux, car, trop souvent, il existe de l'infiltration larvée. Seule la biopsie préopératoire donnerait la certitude, mais, outre qu'elle n'est pas toujours possible ni sans inconvénient, elle peut porter sur des points où l'élément néoplasique, qui existe pourtant, ne se trouve pas.

En cas de tumeur papillaire, le traitement de choix est d'abord l'électrocoagulation endoscopique, mais il faut suivre de près et longtemps les malades pour éviter des erreurs graves. Si on a un doute, il faut opérer sans retard, par voie sus-pubienne, largement quand on peut tout enlever, surtout dans le tiers supérieur, la face antérieure et les parois latérales.

La cystectomie est une mauvaise opération, très grave et qui ne donne pas de guérisons durables.

La haute fréquence après intervention sus-pubienne peut rendre de grands services. Le radium ne peut être employé par voie endoscopique que pour les tumeurs bien localisées au niveau du col vésical ; par voie sus-pubienne il est peu recommandable et n'est qu'un pis aller. La radiothérapie pénétrante m'a semblé sans effet curatif, ainsi que le mésothorium et la chimiothérapie.

Au total, en cas de tumeur maligne infiltrée il faut autant que possible s'abstenir de toute intervention, à moins de complications d'hématurie et de cystite. Les agents physiques ne semblent pas jusqu'ici avoir donné des résultats importants et l'avenir semble devoir être confié, en dehors des interventions chirurgicales, au laboratoire qui pourra peut-être ultérieurement permettre d'agir directement sur le cancer.

Pasteau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 4 novembre 1932.

Rapidité d'apparition d'un épithélioma spino-cellulaire post-traumatique. — MM. E. DUHOT, LOYGNE et DELACOURT (Lille) rapportent l'observation d'un ouvrier électricien qui, au cours de son travail, fut victime d'une piqûre à la main par un fil de cuivre. Dix jours après l'accident, on constata l'existence d'un petit nodule, et, dix-huit jours après l'accident, un chirurgien enleva une poche kystique de la dimension d'une petite noisette, contenant un fragment de cuivre. Quinze jours plus tard, formation au même point d'un nouveau nodule, qui s'ulcère et doit être enlevé plus largement. Puis, réapparition d'un nouveau nodule ulcéré à extension rapide et bourgeonnant. Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma malpighien à globes cornés (épithélioma spino-cellulaire), qui nécessita l'ablation de deux doigts et du tiers supérieur du métacarpien correspondant. Le tribunal accepta la responsabilité de l'accident.

Décharges précoces de spirochètes intracellulaires dans les urines de malades atteints de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. PR. MERKLEN et R. WAITZ signalent dans de nombreuses cellules, surtout phagocytaires, du culot urinaire la présence de spirochètes, souvent très nombreux dans une même cellule, colorés spontanément en brun ou jaune doré. A l'ultramicroscope et après nitratation, ils revêtent des aspects variés : a) *filaments* sinueux tantôt isolés, tantôt enchevêtrés, tantôt disposés en faisceaux, en bouquet, en éventail ; b) *sphérules* à contour plus ou moins régulier, disséminées le long du spirochète, à son extrémité, ou isolées ; de certaines sphérules partent deux ou trois spirochètes. De tels aspects sont comparables aux altérations par lyse observées sur les spirochètes des exsudats de l'animal ou des urines de l'homme.

Devant l'abondance des spirochètes dans certaines cellules, M. et W. se demandent si les spirochètes ne se sont pas multipliés dans ces cellules. Chez les deux malades étudiés par eux, cette décharge de spirochètes intracellulaires fut précoce (huitième jour de la maladie) et précéda la spirochéturie libre, d'où réel intérêt diagnostique.

Hépatite amibienne à poussées ictériques répétées pendant onze ans. Abcès du foie consécutif. — MM. PR. MERKLEN, R. WAITZ, G. ALBOT et J. KABAKER rapportent l'observation d'un malade ayant contracté en 1921 une dysenterie amibienne complètement guérie en 1922. De 1922 à 1932 il présente chaque printemps un ictère infectieux fébrile sans décoloration des fèces, durant deux à quatre semaines. Dans l'intervalle, l'état général est parfait. Après la onzième poussée la régression des signes généraux est incomplète, et rapidement se constitue un abcès aigu dysentérique dans le lobe gauche du foie.

La biopsie permet d'étudier les altérations hépatique. qui traduisent l'existence d'une hépatite diffuse ancienne.

Cette observation montre la possibilité pour l'amibe d'engendrer des ictères et l'utilité qu'aurait dans certains cas d'ictères un traitement d'épreuve à l'émétine.

Remarques biologiques et thérapeutiques sur six cas de maladie de Paget. — MM. M. LABBÉ, R. BOULIN, ESCALIER et NEPVEUX ont constaté : une calcémie normale deux fois, abaissée une fois (0,088), élevée une fois (0,114) ; un bilan calcique positif chez trois malades, plus fortement chez l'un d'eux (+ 69 p. 100), moins fortement chez les deux autres (+ 27 et + 15 p. 100) qu'à l'état normal ; une augmentation de la phosphorémie chez trois malades, l'augmentation portant uniquement sur le phosphore protidique et atteignant des taux très élevés (20 à 75 p. 100) ; un bilan phosphoré négatif chez deux malades (— 20 et — 40 p. 100).

Les auteurs attribuent les variations de la calcémie et du bilan calcique aux variations des processus de calcification et de décalcification qui se combinent dans des proportions différentes suivant les malades, le stade de la maladie, et l'os envisagé.

Le traitement par la vitamine D et le glyconate de calcium n'a donné aucun résultat.

Le traitement de l'état de mal épileptique par l'acétylcholine. — M. L. DE GENNES a traité par cette méthode six cas d'état de mal épileptique. Il a enregistré un succès une amélioration temporaire et deux échecs. Il s'agit donc d'une méthode qui est loin d'être infaillible.

M. PAGNIEZ a observé un nouveau cas d'amélioration de l'état de mal par l'acétylcholine.

Résultats éloignés d'une splénectomie pour ictère hémolytique. Évolution de la cholestérolémie. — M. L. DE GENNES suit depuis plus de six ans un cas d'ictère hémolytique splénectomisé dont il a publié l'observation avec Widal. Le malade reste amélioré malgré quelques reprises passagères de subictère. Mais depuis quelque temps il présente des crises de colique hépatique et une hypercholestérolémie avec lipidémie. La rate semble donc jouer un rôle dans le métabolisme des lipides.

Thrombose veineuse coronarienne avec infarctus du myocarde au cours d'une broncho-pneumonie. — MM. CH. ACHARD, M. BARIÉTY et Mlle A. WILM. — Un malade atteint de broncho-pneumonie paraît entrer en convalescence. Brusquement il est pris d'accidents syncopaux avec douleur rétrosternale, angoisse et polyurie. Il meurt en quelques minutes. L'autopsie montre des lésions chroniques d'artérite coronarienne (le malade était syphilitique), et surtout une thrombose leucocytaire dans une veine coronaire. Autour de cette oblitération veineuse la congestion, l'œdème interfasciculaire, la dislocation des fibres musculaires réalisaient le stade initial d'un véritable infarctus du myocarde.

Les auteurs soulignent l'altération septique des vaisseaux myocardiques comme cause de mort subite lors des infections graves dans l'importance des altérations des veines du cœur à côté des lésions artérielles.

Tumeur cortico-surrénale. Vergetures. Radiothérapie. — MM. APERT et DUBOST ont pu faire de façon très précoce un diagnostic de tumeur surrénale alors que les seuls signes étaient : 1° une anénorrhée persistante depuis sept mois chez une fillette de treize ans et demi très vigoureuse, qui avait été d'abord menstruée régulièrement dès l'âge de douze ans et demi ; 2° des vergetures roses abondantes sur le ventre et les cuisses.

En explorant les régions rénales on trouva le rein droit abaissé et par la radiographie on décela une ombre au pôle supérieur du rein droit.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Après dix séances hebdomadaires de radiothérapie les règles sont revenues, les vergetures doivent être recherchées pour être visibles, le rein a repris sa place. Il y a donc guérison apparente. Se maintiendra-t-elle ? Peut-être faudra-t-il recourir à l'opération sanglante malgré la considérable mortalité qu'elle a à son passif.

Gangrène et diabète. Transformation d'une gangrène humide en gangrène sèche. — M. MAURICE RENAUD présente une malade de soixante ans chez qui il a constaté une mortification du pied ; la malade, diabétique, présentait une glycémie à 3 grammes et une acidose légère. Après deux jours de jeûne au lacto-sérum, et deux injections de sapoïde d'acridine, le sucre a disparu des urines, la lésion a perdu tout caractère phlegmoneux et la mortification s'est limitée aux deux premiers orteils, prenant l'aspect noir typique et la consistance sèche des gangrènes séniles par artérite. Il s'agissait donc d'une mortification par artérite qui avait pris d'emblée forme humide, grâce au diabète.

L'auteur pense qu'actuellement il n'y a pas avantage à réduire la glycémie en ayant recours à l'insuline et qu'il n'y a pas lieu de proposer une amputation.

M. LABBÉ souligne l'intérêt de cette observation qui montre l'utilité qu'il y a à désucrer un malade porteur de gangrène diabétique. Il croit qu'on pourrait avec avantage faire encore baisser la glycémie.

M. TZANCK présente un ouvrage intitulé *Immunité, intolérance, biophylaxie.*

Hématuries au cours du traitement insulinique. — M. ESCALIER, à propos d'une communication de M. Roch, a retrouvé plusieurs observations d'hématuries au cours du traitement insluinique. Il s'agit d'accidents temporaires et sans gravité.

Le président lit l'éloge funèbre de MM. BABINSKI et CHAUFFARD.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *octobre* 1932.

Tumeur paranéphrétique. — M. J. QUÉNU en a observé un cas. Il porta d'abord le diagnostic de kyste du mésentère. Quatre ans après l'extirpation apparut une récidive double lombaire puis pelvienne, dont il pratiqua l'ablation. Un an plus tard, nouvelle tumeur lombaire qui put encore être extirpée sans néphrectomie. Il s'agissait d'un fibrolipome présentant quelques aspects sarcomateux.

M. MICHON a opéré un cas analogue sans avoir observé de récidive.

Séance du 25 *octobre* 1932.

Désinsertion des ménisques. — M. BASSET conseille la double incision latérale au cas d'hésitation sur le ménisque lésé.

Péritonite encapsulante. — M. MADIER réserve aux cas typiques le nom de péritonite encapsulante.

Hémolymphangiome caverneux du bras. — M. MADIER rapporte cette observation de MM. LAURENT et QUERANGEL. La tumeur siégeait au niveau d'un nævus pigmentaire et l'examen histologique confirma le diagnostic.

Arthrite purulente amicrobienne du genou. — M. MADIER rapporte une observation de M. CARAJÁNOPOULOS concernant deux arthrites aseptiques guéries par ponction et lavage intraarticulaire.

M. L. BAZY insiste sur les difficultés à déceler parfois es microbes.

Modifications à l'appareil d'Ombredanne. — M. GOSSET rapporte un travail de M. BERNARDBERG (de Toulon) qui a obtenu d'excellents résultats par l'utilisation d'anhydride carbonique, en particulier au cours des rachianesthésies.

Ostéopériostite tuberculeuse tibiale. — M. SORREL rapporte une observation de M. HUARD (de la Marine) qui dut amputer une tuberculose hypertrophique du tibia, et pratiqua l'intervention sous anesthésie loco-régionale par le procédé de Marcelin Duval.

Ponction des abcès pottiques. — M. SORREL en relate deux cas de M. DELCHEG, le premier sans résultat connu, le second sans succès.

Deux cas rares d'occlusion intestinale aiguë sont observés par M. BARBILIAN (de Jassy) et analysés par M. BOPPE.

Ulcère gastrique calleux. — M. ASTERIADES (Salonique) en communique une observation qu'analyse M. BASSET. Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans présentant des hématémèses graves. L'auteur intervient et fait une gastro-pylorectomie pour un ulcère grand « comme une soucoupe ». Le malade guérit.

Contusion d'une hernie inguinale. — M. CADENAT rapporte cette observation de M. HUET, où l'auteur, intervenant pour un syndrome péritonéal consécutif, observa une rupture du grêle. Guérison.

Tumeur paranéphrétique. — M. DUROSELLE communique une observation de tumeur histologiquement maligne guérie depuis sept ans et que rapporte M. MOULONGUET.

Traitement du cancer du col utérin. — M. J.-L. FAURE, clôturant la discussion, reste partisan de l'opération dans les cas de début. La curiethérapie donne, à son avis, des résultats inférieurs, peut frapper une forme radium-résistante et n'est pas absolument bénigne. Enfin les résultats éloignés sont en faveur de l'intervention.

Lobe hépatique anormal avec hémorragie interstitielle. — M. SCHWARTZ présente une malade complètement guérie après ablation du lobule supplémentaire pour phénomènes douloureux.

M. L. BAZY a eu l'occasion d'opérer un cas semblable

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 *octobre* 1932.

Recherches sur la régulation de la calcémie chez le lapin. Influence de l'appareil thyro-parathyroïdien. — MM. A. BAUDOUIN, E. AZERAD et J. LEWIN ont montré dans une note précédente que l'abaissement de la calcémie (obtenu par injection intraveineuse d'oxalate) chez le lapin, est suivi d'une réascension tendant à ramener le Ca du sang à la normale. Ils ont étudié l'influence de l'appareil thyro-parathyroïdien en procédant à l'ablation : *a*) des parathyroïdes inférieures seules; *b*) des parathyroïdes inférieures plus les deux tiers des lobes thyroïdiens; *c*) enfin de l'appareil thyro-parathyroïdien en

totalité. Ils ont constaté que le relèvement de la calcémie n'est pas entravé par ces interventions.

Azote non protéique du sérum. — M. CH. ACHARD, Mlle JEANNE LÉVY et M. MARYNOWSKI ont vu que le taux d'azote non protéique du sérum ultrafiltré est inférieur au taux d'azote non protéique du sérum désalbuminé par l'acide trichloracétique.

Etant donné que les taux d'urée et d'acide urique sont les mêmes dans le liquide d'ultrafiltration et le liquide désalbuminé, il faut admettre que la désalbumination par l'acide trichloracétique amène une hydrolyse de certaines matières protéiques.

Etude électro-physiologique du réflexe de Héring. — MM. D. SANTENOISE, V. BONNET et A. RICHARD ont appliqué à l'étude des réflexes cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs consécutifs à l'excitation du nerf de Héring les techniques électro-physiologiques dues à Lapicque et à son école. Ils ont constaté assez fréquemment des différences de chronaxie de la voie afférente pour les effets cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs.

L'étude des caractéristiques chronologiques de la voie afférente vagale leur a permis de constater que les chronaxies trouvées pour le pneumogastrique sont souvent de l'ordre de celles trouvées pour le nerf de Héring. Néanmoins le fonctionnement du réflexe de Héring est généralement itératif.

Cependant, on observe quelquefois, dans diverses conditions expérimentales (ingestion d'eau sulfatée calcique, refroidissement, administration de vagotonine) un fonctionnement faiblement ou non itératif.

La richesse des dattes en glucides naturels et leur maturation au soleil tropical conditionnent-elles une richesse correspondante en vitamines B et D ? — M. RAOUL LECOQ a effectué une série d'essais biologiques avec les dattes muscades à pulpe molle, fruit apprécié et riche en sucres naturels. Mûries au pays du soleil, elles ne semblent pas avoir fixé sensiblement les radiations antirachitiques (expériences faites sur le rat). Par contre, elles renferment une petite quantité de vitamines B, insuffisante toutefois pour assurer pendant une longue période l'utilisation des glucides qu'elles apportent en abondance (expériences faites sur le pigeon).

Sur deux types différents de bacilles paratuberculeux isolés de l'expectoration d'un enfant atteint de lésions pulmonaires tuberculeuses. — MM. J. VALTIS, G. PAISSEAU et F. VAN DEINSE ont pu isoler deux types différents de bacilles paratuberculeux se distinguant surtout par la production des pigments différents, en partant des crachats d'un enfant de six ans atteint d'infiltration tuberculeuse des poumons et de tuberculose péritonéale probable. Les crachats ayant été obtenus par lavage de l'estomac, les auteurs pensent que ces bacilles ont été introduits dans l'estomac avec les matières grasses ingérées.

Etude électro-physiologique de l'action de la vagotonine sur l'excitabilité réflexe parasympathique. — MM. D. SANTENOISE, V. BONNET, A. RICHARD, et M. VIDACOVITCH ont étudié, par la méthode électro-physiologique, l'action de la vagotonine sur les effets cardio-modérateurs et vaso-moteurs des réflexes de Héring et de Cyon. Ils ont constaté que la vagotonine ne modifie pas les chronaxies des nerfs de Héring et des nerfs de Cyon correspondant aux effets cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs. La vagotonine ne modifie pas non plus la chronaxie de la voie efférente vagale. La vagotonine ne modifie pas les caractéristiques d'excitabilité du système pneumogastrique-cœur, ainsi que le montre l'étude de la loi des nombres.

Par contre, la vagotonine tend à rendre non itératif le fonctionnement des réflexes cardio-modérateurs et vaso-dépresseurs de Cyon et de Héring. L'insuline, bien débarrassée de vagotonine, n'exerce aucune action comparable.

Ces faits apportent non seulement une preuve indiscutable de la spécificité et de la netteté de l'action de la vagotonine sur l'activité réflexe des centres parasympathiques, mais précisent son mode d'action.

Etude comparative entre l'allergie expérimentalement provoquée par le BCG et celle produite par le bacille virulent. — Les faits relatés par A. SAENZ sont superposables à ceux que l'on observe en clinique humaine. Ils démontrent que le BCG est capable de créer une hypersensibilité durable du tégument, mais plus faible que celle engendrée par les bacilles tuberculeux virulents à la même dose. Ils paraissent indiquer que ce bacille-vaccin se multiplie dans l'organisme humain et dans l'organisme animal. La lésion bénigne spontanément curable qu'il provoque et au sein de laquelle il vit en symbiose avec les cellules de l'organisme, est indispensable pour engendrer l'immunité, c'est-à-dire cette résistance appréciable aux surinfections qui est l'effet caractéristique de la prémunition.

Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. — M. A. PUCA montre que l'on peut mettre en évidence des granules et des bacilles acido-résistants par inoculation du liquide céphalo-rachidien de déments précoces, soit dans les ganglions lymphatiques, soit dans le péritoine de cobayes préparés par le phosphate de calcium, parfois même par culture sur les milieux à l'œuf et à l'asparagine.

Sur 47 malades examinés, il a obtenu 7 résultats positifs par la méthode d'inoculation intraganglionnaire; 3 résultats positifs par la méthode du péritoine préparé au phosphate de calcium. Tous ces malades étaient exempts de lésions tuberculeuses cliniquement décelables. La déviation du complément aux sérums non chauffés, effectuée avec l'antigène de Boquet et Nègre, assez fréquemment positive avec le sérum de déments précoces, a donné des résultats nettement positifs dans tous les cas biologiquement positifs.

Tableau histo-pathologique des cobayes infectés par l'ultravirus tuberculeux et des cobayes nés de mères infectées de tuberculose ou d'ultravirus. — MM. C. NINNI et V. TRAMONTANO ont vu que l'ultravirus tuberculeux donne lieu chez le cobaye à une réaction histologique différente de celle qui est produite par les mêmes filtrats chauffés à 62° pendant une heure. La différence réside surtout dans l'extension des altérations : celles-ci sont strictement localisées chez les animaux inoculés avec des filtrats chauffés, et généralisées chez les animaux inoculés avec des filtrats non chauffés. Ces lésions vont de l'hyperplasie histiocytaire et lymphoïde à la formation, parfois,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

très étendue, d'éléments épithélioïdes, qui font défaut seulement dans le foie.

Les modifications histologiques sont au maximum du vingtième au trentième jour et commencent à régresser après le quarantième jour ; mais elles n'ont pas encore entièrement disparu quatre mois après l'inoculation. Elles s'observent également dans l'infection tuberculeuse héréditaire, mais en général leur gravité est plus accusée.

Séance du 22 octobre 1932.

Sur le sort éloigné de cobayes inoculés avec de l'ultra-virus tuberculeux et du BCG. — M. F. van Deinse montre que le filtrat tuberculeux n'exerce aucune action activante sur la virulence du BCG dans l'organisme du cobaye, et le BCG s'avère une fois de plus complètement inoffensif pour cet animal, même à des doses formidables et après une survie très prolongée (jusqu'à 664 jours) des animaux.

Sur l'élimination des bacilles tuberculeux virulents de surinfection, par voie hépato-biliaire, chez le cobaye vacciné par le BCG. — M. Max Vandestrate a constaté que les bacilles tuberculeux de surinfection sont éliminés par la bile, chez des cobayes vaccinés six semaines auparavant par le BCG, 24 heures, 48 heures et 72 heures après l'inoculation. Les colonies obtenues par culture de cette bile se sont montrées virulentes pour le cobaye. Chez le cobaye non préparé par le BCG, on ne constate pas cette élimination précoce.

Sur les propriétés biologiques des bacilles tuberculeux isolés de cobayes inoculés avec de l'ultravirus tuberculeux et traités par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. — MM. J. Valtis et E. van Deinse ont observé que les souches de bacilles tuberculeux issues de filtrats de cultures ou d'organes, c'est-à-dire de l'ultravirus tuberculeux, présentent aux premiers stades de leur évolution des caractères instables avant de se fixer dans l'un des types connus du virus tuberculeux.

Acide urique ultra-filtrable. — M. Ch. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Marinovski ont vu que le taux d'acide urique ultra-filtrable et le taux d'acide urique du sérum désalbuminé sont concordants. Si l'on admet, avec Delaville et Jones, qu'on ne dose dans le sérum désalbuminé que l'acide urique libre, on peut conclure que pendant la désalbumination il n'y a aucune perte en acide urique.

Sucre ultra-filtrable. — M. Ch. Achard et Mlles Jeanne Lévy et Mad. Pacu signalent que le sucre du sang est ultra-filtrable aussi bien chez les sujets normaux que chez les diabétiques et dans divers états morbides.

De la thermo-résistance de la toxine tétanique diluée en présence des divers acides aminés. — MM. M. Belin, S. Mutermilch et Mlle Salamon signalent tout d'abord que l'addition de traces de sérum normal à la toxine diluée au millième lui confère une conservation pratiquement illimitée (trois ans au moins). En étudiant au même point de vue certains acides aminés, ils ont constaté que le glycocolle est un stabilisateur faible, que la leucine et l'alumine agissent à peu près comme le sérum, que la phénylalanine et le tryptophane sont peu actifs et que l'action de la lysine est nulle.

La valeur protectrice de toutes ces substances ne dépend, ni de la souche bacillaire choisie, ni de la virulence de la toxine ; par contre, les toxines provenant de la filtration des cultures âgées se montrent plus thermolabiles et se prêtent mieux à la stabilisation par les substances protectrices que les toxines provenant de la filtration des cultures jeunes. Les auteurs ont ainsi été amenés à supposer que certains dérivés de la peptone du milieu de culture exercent une action empêchante vis-à-vis des substances productrices.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 octobre 1932.

Epreuve de dyspnée en espace clos. — MM. Goiffon, Parent et Waltz présentent un appareil qui permet de faire respirer le sujet en espace clos et d'enregistrer l'ampleur de sa ventilation.

Celle-ci s'accroît par accumulation du CO^{r} jusqu'à un maximum qui mesure la « capacité vitale réflexe ». Celle-ci semble déceler plus fidèlement les insuffisances respiratoires que la mesure de la capacité vitale volontaire.

Traitement chirurgical des abcès du poumon. — M. Petit de la Villéon insiste sur la valeur de l'ouverture directe et du drainage de ces abcès par la thoraco-pneumotomie.

Cette opération, pratiquée en temps voulu, ni trop tôt ni trop tard, et faite avec le concours des rayons X, améliore sensiblement le pronostic d'une affection grave en elle-même.

Hygiène audi-mentale. — M. Gommès décrit, à côté des assourdis par le bruit, les « bruités » qui souffrent des sons, bruits, infrasons en raison directe de leur nature intense, ou aiguë, ou imprévue, ou inégale. Les troubles sont cérébraux, cardiaques, musculaires. Il est intéressant d'examiner ces hypoesthésiques audi-mentaux dans les quelques stations où ils se trouvent nombreux. Parmi eux, on peut décrire surtout des sympathicotoniques et des plexalgiques. Avec le calme du lieu, l'hydrothérapie chaude spéciale paraît agir favorablement.

Séance du 22 octobre 1932.

Opération de Steinach n° 2 ou ligature épididymo-testiculaire. — M. Georges Luys étudie cette opération, dont les effets sont bien supérieurs à la simple ligature du canal déférent. Pratiquée comme premier temps du forage de la prostate, cette opération donne des résultats remarquables. M. Georges Luys étudie le mode d'action de cette intervention en montrant sa légitimité, mais il indique aussi les limites de son action. Si elle agit sur l'élément congestif de la prostate, elle est tout à fait impuissante contre les grosses fibreuses de l'adénome prostatique. C'est contre celles-ci que le forage de la prostate a une action souverainement efficace. De l'exposition que l'auteur fait des différents stades évolutifs de l'hypertrophie de la prostate, il conclut à la corrélation intime qui existe entre l'annulation de la pression dans les canaux déférents et éjaculateurs et la diminution de la congestion de la prostate.

P. Prost.

REVUE DES CONGRÈS

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 10-12 octobre 1932.

PREMIÈRE QUESTION.

CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES DE LA GRANULATOSE MALIGNE.

Communications ayant trait à la lymphogranulomatose maligne.

Syndrome hépato-splénique avec réticulo-myélose aleucémique mégacaryocytaire. — M. FAVRE, P. CROIZAT et A. GUICHARD (Lyon). — Il a été signalé certaines observations de leucémies myéloïdes à productions tissulaires particulièrement abondantes en mégacaryocytes, surtout dans le foie et la rate. Dans un groupe voisin, celui des myéloses aleucémiques, les auteurs isolent un type également très riche en formations mégacaryocytaires que l'on pourrait qualifier réticulo-myéloses aleucémiques mégacaryocytaires. Ce type affecte l'allure d'un syndrome clinique hépato-splénique et est caractérisé par ses lésions histologiques très spéciales, qui par leur richesse en éléments géants pourraient en imposer pour une granulomatose maligne à cellules de Sternberg authentiques. Cette similitude d'aspect plaide peut-être en faveur de l'origine mégacaryocytaire de cette cellule.

A propos de l'évolution post-radiothérapique de certaines granulomatoses malignes. La granulomatose maligne à type de cancer anictérique et douloureux du pancréas. — MM. M. FAVRE, P. CROIZAT et A. GUICHARD (Lyon) rapportent l'observation d'un malade qui se présentait cliniquement comme atteint d'un cancer anictérique du pancréas à forme douloureuse. Il n'y avait pas d'adénopathies superficielles, et ce diagnostic clinique semblait confirmé de plus par l'autopsie. L'examen histologique vint montrer qu'il s'agissait de granulome malin. Cette évolution singulière et particulièrement grave semble, dans une certaine mesure, être le fait d'un traitement radiothérapique antérieur, qui, dirigé sur des adénopathies cervicales, sans qu'aucune biopsie ait été pratiquée, avait amené leur disparition complète et modifié l'évolution d'une forme qui s'annonçait jusque-là normale.

Essais expérimentaux négatifs d'inoculation à divers animaux de granulome malin. — MM. ARLOING, M. FAVRE, A. JOSSERAND et P. CROIZAT (Lyon) ont pratiqué de nombreuses inoculations ou greffes de produits granulomateux chez le cobaye, le lapin et la poule. Ils ne sont pas parvenus à obtenir des résultats positifs tant du point de vue de la dissémination des lésions que de la mise en évidence de bacilles de Koch dans les ganglions, comme on est accoutumé de les observer dans les tuberculisations du cobaye par virus filtrable.

Ils n'ont également rien obtenu dans un cas où ils essayèrent l'inoculation préalable de bacilles diphtériques chez deux lapins qui furent injectés quelques jours après de produits granulomateux.

Dans le cas de greffe, les auteurs observent une longue persistance du greffon, qui paraît s'accroître lentement pendant un mois, puis se résorbe lentement. On retrouve quelques mois après quelques éléments bourgeonnants rappelant les cellules de Sternberg et un certain degré d'hyperplaxie lymphoïde de voisinage.

Intérêts de quelques réactions biologiques au cours de la lymphogranulomatose. — MM. RENÉ HUGUENIN et PAUL FOULON (Paris) montrent que le plus fréquemment, mais inconstamment pourtant, on observe, dans la lymphogranulomatose, une cuti-réaction négative à la tuberculine tandis que l'intradermo-réaction est positive. En même temps, le taux de la floculation à la résorcine est élevé. La cuti-réaction redevient positive tandis que baisse le taux de la résorcine, quand le malade est amélioré. La disparition nouvelle est l'indice d'une rechute, et cela chez des sujets qui sont parfois porteurs de lésions tuberculeuses certaines.

De telles constatations plaident sans doute contre l'étiologie tuberculeuse de la lymphogranulomatose. Elles pourraient, dans une certaine mesure, posséder quelque valeur pronostique, voire diagnostique. Mais surtout lorsqu'on rapproche ce syndrome de la négativité habituelle de la cuti-réaction dans les tumeurs réticulaires (alors qu'elle est positive dans les autres tumeurs), ces réactions biologiques pourraient être considérées comme témoignant d'une atteinte particulière, et dans certaines conditions, d'un système : elles prendraient ainsi quelque intérêt dans la classification des grands syndromes de la pathologie générale.

La radiothérapie de la lymphogranulomatose. — Mme SIMONE LABORDE et M. NEMOURS AUGUSTE (Paris) ont observé au centre anticancéreux de Villejuif 36 malades atteints de lymphogranulomatose. Ils ont utilisé : les rayons X, le radium et les injections de substances radio-actives. En rœntgenthérapie, leur technique est analogue à celle de Gilbert et Sluys. Le radium a été utilisé dans le but de comparer les effets de la radiothérapie pénétrante et de la curiethérapie vis-à-vis des récidives de ganglions déjà irradiés, et pour traiter les adénopathies radio-résistantes d'emblée aux rayons X. Les substances radio-actives, sous la forme d'injections intraveineuses de thorium X et de mésothorium, n'ont amené aucune amélioration. Les survies, après le début du traitement, varient de quelques mois à cinq, six, sept ans.

Recherches relatives à la tuberculose chez trois enfants atteints de lymphogranulomatose maligne. — MM. P. NOBÉCOURT, RENÉ MARTIN et R. LIÈGE (Paris), chez des enfants atteints de lymphogranulomatose maligne, ont constaté : l'absence de tuberculose dans des ganglions lymphogranulomateux du cou ; des lésions tuberculeuses et des bacilles de Koch dans divers organes ; des cuti-réactions négatives à la tuberculine, malgré l'existence de ces lésions.

Ces constatations autorisent les conclusions suivantes pour les enfants en question :

1° La lymphogranulomatose n'est pas de nature tuberculeuse ;

2° La tuberculose a évolué au cours de la lymphogranulomatose à titre de complication ;

3° Les cuti-réactions négatives à la tuberculine, malgré une tuberculose avérée, témoignent d'une influence anergisante de la lymphogranulomatose.

Les formes splénomégaliques de la lymphogranulomatose maligne chez l'enfant. — M. P. NOBÉ-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

COURT (Paris). — Dans la lymphogranulomatose maligne, la rate présente fréquemment une hypertrophie légère ou moyenne. Dans certains cas elle est énorme, prend une place prédominante dans le syndrome clinique et réalise une forme splénomégalique. L'auteur observe cette forme chez deux garçons soignés à l'âge de sept ans.

La très grosse rate peut entraîner des difficultés de diagnostic. Celui-ci ne peut guère être affirmé que par la constation des lésions caractéristiques dans un ganglion cervical.

Chez un des enfants, on pratiqua la splénectomie : sa rate pesait 850 grammes; il mourut cinq semaines après l'intervention. La rate de l'autre enfant, prélevée à l'autopsie, pesait 750 grammes.

Aspects différents des lésions de lymphogranulomatose dans certains organes. — P. FOULON. — Bien que la lymphogranulomatose procède essentiellement par essaimage nodulaire, il y a lieu, pour l'auteur, de distinguer deux modes particuliers de propagation. A côté des cas les plus habituels, où le processus est d'ordre lymphangitique et se développe de proche en proche, il en existe d'autres, rares à la vérité, où l'atteinte d'un organe se fait de manière diffuse. D'emblée, ainsi que le foie en offre des exemples, tous les éléments réticulo-endothéliaux sont atteints. Au niveau du poumon, des phénomènes semblables peuvent se produire. Ce sont là des faits, qui rapprochent la lymphogranulomatose de certaines réticulo-endothélioses et tendent à justifier la conception de l'auteur, suivant laquelle la lymphogranulomatose serait surtout un syndrome anatomique, parmi lequel la maladie de Paltauf-Sternberg ne constituerait, peut-être, qu'une forme spéciale.

Nouvelles recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose. — M. FAURE-BEAULIEU et Mlle C. BRUN (Paris), poursuivant leurs recherches expérimentales, ont obtenu trois nouveaux résultats positifs après inoculation au cobaye de ganglions granulomateux. Le tableau clinique de tuberculisation atypique réalisé chez leurs animaux en expérience semble se préciser 1° par l'observation de 4 cas d'épanchement péricardique avec liquide présentant l'aspect et la formule cytologique des exsudats tuberculeux ; 2° par la mort prématurée — sans lésion viscérale apparente — ou l'athrepsie des cobayes issus de femelles inoculées avant ou au cours de la gestation. Ils rapportent en outre les premiers résultats de leurs recherches bactériologiques : ils ont obtenu à partir d'un ganglion humain et d'une rate de cobaye de deuxième passage — *l'un et l'autre exempts de toute lésion histologique de tuberculose* — des cultures repiquables formées d'éléments granulaires correspondant aux *granula* de Much et d'éléments méningococciformes paraissant s'identifier à ceux qui ont été obtenus et décrits par Vaudremer. Ces germes cyanophiles dans les premières cultures évoluent nettement, mais inégalement, vers l'acido-résistance. Leur inoculation au cobaye a produit au bout de douze jours une hypertrophie ganglionnaire nettement perceptible.

Pour les auteurs, ces éléments représentent le premier stade visible concret du virus tuberculeux, ce qui tend à renforcer l'hypothèse du rôle pathogénique du virus filtrant dans la lymphogranulomatose.

Tuberculose évolutive et granulomatose médiastino-pulmonaire associées ; traitement par le pneumothorax artificiel et la radiothérapie. — M. JEAN TAPIE (Toulouse) rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans chez laquelle on vit évoluer simultanément une tuberculose fibro-caséeuse avec expectoration bacillifère et une maladie de Sternberg à localisation médiastino-pulmonaire prédominante. La radiothérapie améliora d'une façon passagère les symptômes liés à la lymphogranulomatose ; mais le bacille de Koch ne disparut de l'expectoration qu'après l'installation d'un pneumothorax artificiel. La malade a succombé deux ans et demi après l'apparition des premiers symptômes.

L'auteur insiste sur certaines particularités d'ordre radiologique qui lui paraissent susceptibles d'apporter une aide précieuse au diagnostic des formes pleuro-pulmonaires de la maladie de Sternberg.

A propos des formes incomplètes de la lymphogranulomatose maligne. — M. J. VIDAL (Montpellier), à propos de deux observations, signale la dissociation susceptible d'apparaître dans le syndrome anatomo-clinique propre à la granulomatose maligne : la polyadénopathie peut constituer la seule manifestation clinique de l'affection, dont le diagnostic est assuré par l'examen histologique des lésions ; inversement, ce peut être l'aspect histo-pathologique qui prête à discussion. L'auteur s'efforce de dégager les symptômes anatomo-cliniques les plus fidèles et, par conséquent, les plus utiles au diagnostic de ces formes incomplètes.

Les résultats obtenus par la radiothérapie dans la lymphogranulomatose maligne. — M. SLAVOJ VÉSIN (Prague). — Au cours des dix dernières années 90 cas ont été traités par les rayons X. On se sert d'un rayonnement d'une pénétration moyenne donnée pour la tension de 160 kilovolts et filtre de 0^mm^,5 Cu plus 1 millimètre Al par $a = 0{,}9$ mm Cu. Dans les premières séries il suffit d'habitude d'une dose de 300 à 450 R internationaux par chaque champ, appliquée par fractions de 150 à 200 R en quatre à six semaines. Dans les tumeurs médiastinales et rétropéritonéales, on irradie quelquefois par champ diffus devant et derrière, à une distance anticathode-peau de 40 centimètres, à la dose de 600 R par fractions de 100 R tous les deux ou trois jours. On renouvelle le rayonnement chaque fois que l'on constate un nouvel accroissement des glandes ou des métastases dans d'autres groupes glandulaires. Parmi les moyens auxiliaires, on emploie parfois avec succès la lumière ultra-violette. La longueur moyenne de la survie de ces malades fut de deux ans et deux mois.

Remarques sur deux formes anatomo-cliniques de la maladie de Hogdkin. — MM RICHON, FLORENTIN et GIRARD (de Nancy) présentent deux observations avec examen histologique de lympho-granulomatose maligne. Le premier cas est une forme adéno-pleurale avec atteinte du foie et de la rate, et symptomatologie classique. Le second cas est une forme adéno-pleuro-péritonéale, avec prédominance des masses ganglionnaires dans la région cervicale, le médiastin, la région mésentérique et prévertébrale.

Le sang montrait une forte réaction myélocytaire (17 p. 100). L'examen histologique permettait de suivre

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

la filiation des cellules de Sternberg, dont le point de départ semble être le monocyte.

Lymphogranulomatose, fièvres ondulantes et ultravirus. — M. MAZET (Nice) présente une observation de lymphogranulomatose maligne pour laquelle il a pu mettre en évidence l'existence d'ultravirus tuberculeux dans les ganglions. L'infection se termina par granulie. L'intérêt de ce cas réside essentiellement dans la courbe ondulante de fièvre rythmée à vingt jours, cela durant dix-huit mois.

Il apporte plusieurs autres observations de granulémie tuberculeuse avec fièvre ondulante du même type, avec phénomènes de choc rythmés à vingt jours, et il les rapproche du cycle évolutif du bacille de Koch. Il pense que ces fièvres ondulantes sont l'expression en clinique de la lutte de l'organisme et du microbe, lequel recommence indéfiniment son cycle pour n'arriver que tardivement à s'installer sur le terrain conquis, à moins que l'organisme ne sorte finalement vainqueur de la lutte.

Contributions au pronostic de la lymphogranulomatose maligne par rapport à 80 cas. — M. I. GOIA (Cluj). — Sur 80 cas de lymphogranulomatose maligne observés dans une période de douze ans, l'auteur fait les constatations suivantes :

La lymphogranulomatose ne donne de guérisons complètes avec aucun des traitements employés jusqu'à présent. La moyenne de la survie comptée à partir de l'apparition des premiers symptômes dans les 80 cas a été de trois ans et un mois.

La moyenne de la survie sous le rapport du traitement appliqué aux cas précités, est chiffrée de la manière suivante :

Dans 12 cas, non traités : sept ans et un mois.

Dans 3 cas opérés : un sans résultat, l'un a survécu sept ans et le dernier six ans jusqu'à présent.

Dans 4 cas traités avec néosalvarsan : quatre ans et deux mois.

Dans 46 cas qui ont été soumis au traitement Rœntgen et décédés : deux ans et trois mois 4/10.

Dans 17 cas traités avec Rœntgen (vivants) : cinq ans et quatre mois et demi.

La moyenne globale pour les cas irradiés : trois ans un mois. Le succès thérapeutique obtenu dans la lymphogranulomateuse maligne dépend, en premier lieu, de l'allure dont la maladie évolue..

Considérations sur 4 cas de lymphogranulomatose maligne localisée. — M. I. GOIA (Cluj, Roumanie) relate les observations de 4 cas de lymphogranulomatose maligne localisée, avec une évolution bénigne.

Dans le premier cas, l'adénopathie reste limitée à la région sus-claviculaire droite pendant douze ans. Dans le deuxième cas, grâce à la radiothérapie, l'affection intéresse pendant neuf ans seulement les ganglions de la région cervicale gauche.

Les deux derniers cas représentent la forme digestive de la lymphogranulomatose maligne.

Dans le premier, l'affection granulomateuse évolue pendant trois ans sous l'aspect d'un ulcéro-cancer gastrique. La lésion, strictement limitée, se prêta admirablement à l'exérèse chirurgicale ; actuellement, neuf ans depuis l'apparition des premiers symptômes et six ans après l'intervention chirurgicale, la malade jouit d'une santé florissante.

Dans le premier cas, la tumeur granulomateuse, intéressant exclusivement le cæcum et la portion ascendante du côlon, était également accessible à l'intervention chirurgicale.

Les formes localisées de ce genre me semblent susceptibles de nous indiquer les portes de pénétration du virus dans l'organisme.

L'exérèse chirurgicale faite en temps utile parait déterminer non seulement une amélioration temporaire, mais aussi des guérisons qui donnent l'impression d'être définitives.

Le sang dans la lymphogranulomatose maligne — M. I. GOIA (Cluj). — Des recherches hématologiques faites dans 90 cas de lymphogranulomatose maligne se dégagent les conclusions suivantes :

Les formules sanguines trouvées dans la lymphogranulomatose maligne sont très variables et les modifications sanguines n'ont qu'une valeur secondaire de probabilité. On observe par ordre de leur fréquence : lymphopénie relative (61 p. 100) ; polynucléose globale (57 p. 100) ; anémie modérée (50 p. 100) ; éosinophilie absolue (48 p. 100) ; neutrophilie (46 p. 100) ; leucocytose (46 p. 100) ; surplaquetose (35 p. 100).

NOUVELLES

Association internationale de prophylaxie de la cécité. — L'assemblée annuelle de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité aura lieu à Paris, 66, boulevard Saint-Michel, le samedi 19 novembre, à 14 heures, en présence de M. Justin Godard, ministre de la Santé publique.

Après le compte rendu des travaux de l'année, présenté par le président de l'Association, la séance sera spécialement consacrée à l'étude de la très importante question des écoles pour la préservation de la vue (classes pour amblyopes).

Le mouvement de la population de la France. — La Direction de la statistique générale de la France publie les chiffres suivants sur le mouvement de la population dans les quatre-vingt-dix départements de France, d'après les registres de l'état civil.

(Résultats provisoires) ;

Mariages, 1930 : 342 698 ; 1931 : 326 358.

Divorces, 1930 : 20 409 ; 1931 : 21 212.

Naissances d'enfants déclarés vivants, 1930 : 748 911 ; 1931 : 730 249.

Mort nés, 1930 : 28 224 ; 1931 : 28 058.

Décès au-dessous d'un an, 1930 : 58 756 ; 1931 : 55 444.

Décès d'un an et plus, 1930 : 590 369 ; 1931 : 625 266.

Décès au total, 1930 : 649 125 ; 1931 : 680 710.

Excédent des naissances, 1930 : 99 786 ; 1931 : 49 539.

Proportion pour 100 000 habitants de la population évaluée au milieu de chaque année :

Nouveaux mariés, 1930 : 165 ; 1931 : 156.

Naissances d'enfants déclarés vivants, 1930 : 180 ; 1931 : 174.

Décès, 1930 : 156 ; 1931 : 163.

NOUVELLES *(Suite)*

Proportion pour 1 000 naissances vivantes :

Décès au-dessous d'un an, 1930 : 79 ; 1931 : 76.

Concours en 1932, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales. — Un concours sera ouvert à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, le 1er décembre 1932, à 9 heures, pour l'admission à :

Cinq emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

Pour être admis à concourir, les docteurs en médecine devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1931 aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Etre âgé de moins de trente-deux ans, au 1er janvier 1932, c'est-à-dire né après le 1er janvier 1900. Cette limite d'âge pourrait être élevée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

5° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale et chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Pièces à produire. — Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministère de la Défense nationale (guerre), direction des troupes coloniales, 3e bureau, avant le 15 octobre 1932.

Ces pièces sont :

1° Un acte de naissance sur papier libre dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours). Le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement établi l'année de l'admission, constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service armé. Cette aptitude, ainsi que celle au service colonial, seront constatées par un certificat d'un médecin militaire au grade de médecin capitaine au moins ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

5° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

7° Engagement dans la forme indiquée ci-après, de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine admis sont nommés médecins sous-lieutenants, pour compter du 31 décembre 1932, et bénéficient d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, de sorte qu'ils sont nommés de suite médecin lieutenant pour prendre rang le 31 décembre 1931.

Ils suivent à Marseille pendant huit mois les cours de l'Ecole d'application de service de santé des troupes coloniales.

IXe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'azur.— Le beau voyage annuel de Noël sur la Côte d'azur (Voyage bleu), organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera cette année, à Cannes, après Noël. Une excursion préliminaire aura lieu dans les montagnes de l'Estérel, où l'on visitera Fréjus, Saint-Raphaël et les stations de la Corniche d'Or. Une réception à Grasse terminera cette première étape. Puis, le voyage parcourra le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, la Turbie, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. Ainsi seront visitées les stations les plus renommées de la Côte d'azur et ses plus belles routes touristiques. De luxueuses réceptions sont prévues, notamment à Cannes et à Monaco où les voyageurs seront les hôtes du Gouvernement princier. Au château de Grimaldi, ils visiteront le laboratoire du Dr Voronoff. Tous les parcours seront effectués en auto-car de luxe et le logement sera assuré dans les principaux palaces de la Côte.

Le retour à Nice s'effectuera dans les premiers jours de janvier et l'on assistera à la première assemblée de l'Institut des recherches solaires et cosmiques, qui sera tenue au Palais de la Méditerranée. Puis une excursion terminale aura lieu dans les Alpes, avec sports d'hiver à Beuil. Une excursion en Corse pourra être aussi organisée, pour les voyageurs qui en feront la demande.

Ce voyage est placé sous la présidence et la direction scientifique de M. le professeur Forgue, membre correspondant de l'Institut (clinique chirurgicale), de M. le professeur Marcel Labbé (clinique médicale), et de M. le professeur Laignel-Lavastine (histoire de la médecine et de la chirurgie). Dans chaque ville des démonstrations cliniques et des conférences scientifiques et historiques seront faites à l'occasion des parcours et de la visite des établissements chirurgicaux, médicaux et sanitaires.

En raison des circonstances économiques, les organisateurs se sont efforcés de restreindre la durée et les frais du voyage : ils ont pu y parvenir par la bonne volonté de tous, en conservant à ce voyage le confort, l'agrément et le luxe qui ont fait sa renommée. On peut écrire, dès à présent, au *Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice*, pour réserver des places et se faire adresser le programme détaillé. Le droit d'inscription est de 100 francs. Le nombre des participants est limité et les adhérents seront admis dans l'ordre des inscriptions. Ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux de chemins de fer français. La cotisation pour le voyage est de 1 000 francs.

Pathologie mentale et enseignement clinique des mala-

NOUVELLES *(Suite)*

dies mentales et de l'encéphale. — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique aura pour objet l'hygiène mentale et les conditions pathologiques qui sont à l'origine des déficiences intellectuelles de l'enfance. Il aura lieu à la Faculté de médecine. La première leçon sera faite le mardi 8 novembre, à 17 heures, salle Pasteur.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les mercredis, à 10 h. 30, et une consultation policlinique, le samedi, à 10 h. 30. La première leçon aura lieu le mercredi 16 novembre. Un cours complémentaire sur des questions de psychiatrie d'actualité sera fait le dimanche matin. La première leçon aura lieu le 4 décembre, à 10 h. 30.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la sémiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires à 9 heures.

Le dimanche matin, à 9 heures, à partir du 4 décembre, M. Lévy-Valensi, professeur agrégé, fera un cours élémentaire de sémiologie psychiatrique destiné aux internes et externes qui ne peuvent suivre le cours.

Travaux de laboratoire. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le professeur G. Dumas, chef du lablratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie, appliquée et expérimentale.

Laboratoire d'hygiène. — Cours d'hygiène scolaire pour la préparation au concours de médecin inspecteur des écoles, qui aura lieu à Paris, pour le département de la Seine, le 12 décembre 1932.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène, sous la direction de M. Tanon, professeur d'hygiène, avec la collaboration de MM. Weil-Hallé, chargé de cours à la Faculté, directeur-adjoint de l'Ecole de puériculture, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Duvoir, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis et médecin inspecteur des écoles; Grivot, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine et médecin inspecteur des écoles ; Harvier, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon et médecin inspecteur des écoles ; Cambessédès, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine ; Simou, médecin-chef de l'admission à l'Asile clinique Sainte-Anne ; Guibert, médecin inspecteur en chef des écoles ; Barbarin, Bing, Dufestel, Laufer, Mouiin, P. Renault, Rosenthal, Schaeffer et Vitry, médecins inspecteurs des écoles ; Grandjean, inspecteur des bâtiments et des services d'hygiène scolaire ; Mme Bonhomme, secrétaire de l'inspection médicale des écoles.

Le cours durera du 14 au 26 novembre. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour de 16 h. 30 à 18 h. 30 et trois visites matinales d'écoles.

Seront admis les docteurs en médecine et étudiants à scolarité terminée.

Les inscriptions sont reçues les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au secrétariat de la Faculté, guichet nº 4.

Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le lundi 14 novembre à 15 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et continuera ce cours les lundis suivants, à la même heure.

Ce cours complète celui que fait le professeur Abel Rey à la Sorbonne, sur les grandes étapes de la pensée mathématique et phsicyo-chimique. (Voir l'affiche spéciale de l'Institut d'histoire des Sciences.)

Horaire des leçons. — 14 Novembre 1932 : Sources de la pensée médicale. — 21 Novembre : Doctrines médicales : hippocratisme, galénisme, animisme, vitalisme. — 28 Novembre : Descartes et l'iatro-mécanisme.

5 Décembre : Leuwenhoeck, Harvey et l'avènement des sciences biologiques. — 12 Décembre : L'Encyclopédie et les sciences naturelles. — 19 Décembre : Les idées directrices de la biologie : Lavoisier, Bichat, Cuvier.

16 Janvier 1933 : Les études morphologiques : transformismes. — 23 Janvier : Les études physiologiques : Claude Bernard. — 30 Janvier : Les études médicales : Laennec, Pasteur, renaissance de l'humorisme.

En février, M. Laignel-Lavastine dirigera au même amphithéâtre et aux mêmes heures, des manipulations numismatiques et iconographiques.

Ophtalmologie pratique. — MM. A. Terson et H. Joseph commenceront le jeudi 17 novembre, à 17 heures, à la clinique de M. Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, une suite d'entretiens cliniques et thérapeutiques pour les praticiens non spécialisés.

Examen, diagnostic, pronostic et traitement immédiat ou d'attente des principales maladies des yeux.

Traitement d'urgence des blessures, brûlures, corps étrangers de l'œil et des annexes. Collyres et remèdes nécessaires, utiles ou dangereux, dans les infections oculaires et dans le glaucome.

Assimilation des maladies des yeux et rapports avec celles de l'organisme. Adaptation du traitement général. Importance du diagnostic ophtalmologique pour la médecine. Notions sur la chirurgie oculaire actuelle et ses résultats.

Défauts optiques : myopes, hypermétropes, astigmates. Lunettes. Appareils modernes pour les mauvaises acuités visuelles.

Strabisme. Paralysies. Diplopie : diagnostic et traitement. Les maladies des yeux chez les enfants : traitement et préservation. Ces conférences, gratuites, auront lieu les mardis et jeudis, à 17 heures.

Les auditeurs pourront poser les questions ophtalmologiques qui les intéressent.

Hôpital Léopold-Bellan. — Des cours et consultations seront donnés à l'hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), par :

M. Fortier-Bernoville : Le lundi, consultation de 14 h. 30 à 17 heures. Présentation de malades, de 17 heures à 18 heures. Cours hebdomadaires sur : La thérapeutique homéopathique des maladies du système nerveux.

M. Noailles : le mardi, consultation de 9 heures à 11 heures. Présentation de malades, de 11 heures à 12 heures. Cours hebdomadaire de matière médicale homéopathique.

M. J. Bas : le mercredi, consultation de 14 h. 30 à 17 heures. Présentation de malades les premier et troi-

NOUVELLES *(Suite)*

sième mercredis de chaque mois. Enseignement de clinique homéopathique.

M. Kollitsch : les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, de 17 heures à 18 heures, cours de gynécologie homéopathique.

M. Subileau : le vendredi, consultation. Présentation de malades, de 9 heures à 10 heures.

Clinique obstétricale Baudelocque. — I. SERVICES CLINIQUES, avec l'assistance de MM. les Drs Marcel Pinard et Laporte, médecins des hôpitaux ; Sureau, chef de clinique ; Girand, chef de laboratoire ; Powilewicz, Séguy, Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique ; François, chef de clinique adjoint ; Béclère, ancien interne des hôpitaux ; Leblanc, aide de clinique.

1° *Service des consultations* (Policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal). — Femmes en état de gestation : tous les jours, de 8 à 18 heures.

Mères nourrices et nourrissons : les mardis et jeudis, à 14 heures ; les samedis, à 9 heures.

Gynécologie : les mardis, à 9 heures et samedis, à 14 heures.

Stérilité : les mercredis, à 10 heures.

Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons) : les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis, à 9 heures.

2° *Service intérieur* (Maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — Tous les jours, à 9 h. 30 : visite des femmes et des enfants hospitalisés.

Les mardis, à 14 h. 30 et samedis, à 10 heures : opérations.

II. ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. le professeur Couvelaire. Lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques. Le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades.

M. Portes. Le mardi, à 14 h. 30 : Technique opératoire.

M. Marcel Pinard. Le mercredi, à 15 heures : Dispensaire antisyphilitique.

MM. Powilewicz et Lacomme. Le samedi, à 11 heures : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. MUSÉE HENRI-VARNIER. — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 heures.

IV. COURS COMPLÉMENTAIRES. — 1° *Cours de pratique obstétricale*, d'une durée de deux semaines. Deux séries : vacances de Pâques ; première quinzaine de septembre.

2° *Cours supérieur : Stage clinique.* — Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales : première série du 1er février au 31 mars ; deuxième série du 1er au 31 octobre

Cours de pathologie médicale. — M. A. Clerc, professeur, commencera son cours le lundi 21 novembre, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — Maladie des artères (séméiologie, pression artérielle, artérites en général, aortites, coronarites).

I. *Cours pratique complémentaire* (*pathologie du cœur et des vaisseaux*). — M. A. Clerc et ses assistants feront, à partir du 21 novembre, et durant le mois de décembre, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais), un cours pratique complémentaire et gratuit selon le programme ci-dessous.

Le lundi à 10 heures : Visite des malades dans les salles.

Le mardi à 10 heures : Consultation externe, polyclinique.

Le mercredi à 10 heures : Visite des malades dans les salles.

Le jeudi à 10 heures : Visite des malades. A 11 heures, leçon théorique par l'un des assistants..

Le vendredi à 10 heures : Radioscopie. Electrocardiographie.

Le samedi à 10 heures : Visite des malades. A 11 heures, Leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

II. *Un cours de perfectionnement* sur les maladies du cœur et des vaisseaux commencera au début de janvier 1933, et sera ultérieurement annoncé par une affiche spéciale.

Cours de chirurgie de la tête et du cou. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou ; chirurgie nerveuse), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 14 novembre 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Cours populaire sur les maladies vénériennes. — Ce cours est organisé par la Société française de prophylaxie sanitaire et morale au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Samedi 12 novembre, à 20 h. 45. — Danger social et économique de la syphilis et de la blennorragie. M. le Dr Cavaillon, chef du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique, et M. Dufaur, adjoint au service.

Samedi 19 novembre, à 20 h. 45. — Histoire sociale de la syphilis. M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Samedi 26 novembre, à 20 h. 45. — La syphilis : tableau clinique, évolution et méthodes de diagnostic. M. le Dr Joannon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Samedi 3 décembre, à 20 h. 45. — La syphilis héréditaire. M. le Dr Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin.

Samedi 10 décembre, à 20 h. 45. — Les méthodes de traitement de la syphilis. Sa guérison. M. le professeur Henri Gougerot.

Samedi 17 décembre, à 20 h. 45. — La blennorragie. Ses dangers lointains. Diagnostic et traitement. M. le professeur Henri Gougerot.

Samedi 14 janvier 1933, à 20 h. 45. — Organisation sociale du traitement de la syphilis. Dispensaires et service social. M. le Dr Cavaillon et M. Dufaur.

Samedi 21 janvier, à 20 h. 45. — La prostitution et ses dangers ; les moyens de lutte. M. le Dr Joseph Nicolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie de médecine.

Samedi 28 janvier, à 20 h. 45. — Modes de transmission de la syphilis et de la blennorragie. Transmission extra-vénérienne, vénérienne, par le mariage, par la prostitution. M. le Dr Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Samedi 4 février, à 20 h. 45. — La responsabilité dans

NOUVELLES *(Suite)*

la transmission des maladies vénériennes : le délit pénal de contamination. M. le Dr Louis Queyrat, médecin honoraire de l'hôpital Cochin, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Samedi 11 *février*, à 20 h. 45. — Propagande contre les maladies vénériennes et éducation du public. M. le professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Samedi 18 *février*, à 20 h. 45. — Education prophylactique de la jeunesse contre les maladies vénériennes. Mme la Dsse G. Montreuil-Strauss, présidente du Comité d'éducation féminime de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale.

Samedi 25 *février*, à 20 h. 45. — Rôle des femmes dans la lutte contre les maladies vénériennes. Mme la Dsse G. Montreuil-Strauss.

Samedi 4 *mars*, à 20 h. 45. — Le service social dans la lutte contre les maladies vénériennes. M. le Dr A. Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le cours est accompagné de projections de vues fixes et de films.

Ce cours s'adresse aux pères et mères de famille, à tous les éducateurs et aux jeunes adultes des deux sexes.

Il est public et gratuit.

Cours libre sur l'assistance médico-sociale. — M. le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE a commencé le mercredi 9 novembre 1932, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

Enseignement clinique complémentaire. — Cet enseignement sera donné par le professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker, avec la collaboration de MM. les Drs Henry Bith, assistant du service, ancien chef de clinique à la Faculté ; L. Justin-Besançon, ancien chef de clinique et chef de laboratoire à la Faculté ; R. Even et H. Desoille, chefs de clinique à la Faculté ; R. Wallich, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux ; R. Fauvert et P. Bardin, internes des hôpitaux.

Pendant l'année scolaire 1932-1933, un enseignement de clinique pratique aura lieu à l'hôpital Necker (salles Delpech et Hirtz), tous les jours de la semaine :

De 9 heures à 10 heures : Etudes sémiologiques sur le malade.

De 10 à 11 heures : Visite des salles.

De 11 à 11 h. 30 : Conférences de pathologie médicale.

De 11 h. 30 à 12 heures : Enseignement clinique au lit du malade.

Cours d'histologie. — M. le professeur CHAMPY a commencé son cours le lundi 7 novembre 1932, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continue les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : La cellule et les tissus (Cytologie générale. Epithéliums. Tissus de soutien. Sang. Muscles Tissu nerveux. Cellules reproductrices).

Hôpital Laënnec. — M. Henri Bourgeois et MM. Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 28 novembre 1932, une série de huit leçons sur : La diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 heures ; en outre, les 28 et 29 novembre, à 16 heures.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Principes électriques et démonstration des appareils. — 2° Physiopathologie. Techniques. — 3° Tuberculose du nez. — 4° Tuberculose laryngée et petite chirurgie endolaryngée. — 5° Tumeurs malignes et polypes naso-pharyngiens. — 6° Chirurgie amygdalienne. Discision au bistouri électrique. Coagulation. Mycoses. — 7° Petite chirurgie endonasale. Tumeurs bénignes (papillons, angiomes). — 8° Synéchies nasales. Occlusion des choanes. Sténoses vélo-pharyngées. Sténoses laryngées.

Prix du cours : 400 francs. S'adresser à M. Fouquet, service O.-R.-L., hôpital Laennec.

Cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte. — M. le professeur MAUCLAIRE, chargé de cours, a fait sa première leçon le lundi 7 novembre 1932, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), et continue le cours les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Trente leçons théoriques, faites à la Faculté sur la difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles, pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. Présentation de nombreux dessins et radiographies. Au milieu de janvier, présentation de mutilés appareillés.

Cours de revision en juin en douze leçons.

Leçons d'embryologie. — M. GIROUD, agrégé, a commencé une série de leçons d'embryologie, le jeudi 3 novembre 1932, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continue tous les jours suivants à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme, les lundis, mercredis et vendredis à l'amphithéâtre Vulpian, et les mardis, jeudis et samedis au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Cours d'hygiène mentale élémentaire. — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ce cours le jeudi 1er décembre 1932, à 17 heures, salle de Thèses n° 2, et le continuera les jeudis suivants à la même heure, avec le concours de MM. Lévy-Valensi, agrégé ; Roubinovitch, médecin honoraire de Bicêtre ; Genil-Perrin, médecin des Asiles de la Seine ; Baruk, médecin de la Maison nationale de santé ; Borel, Cénac, Ceillier, Codet, Gilbert-Robin, Montassut, Morlaas, Schiff et Targowla, anciens chefs de clinique.

PROGRAMME DU COURS. — Importance de l'hygiène mentale ; hygiène pré-natale ; hygiène mentale de l'enfance et de l'adolescence ; étiologie générale et dépistage des anomalies ; épileptiques ; arriérés ; émotifs ; cyclothymiques ; imaginatifs ; schizoïdes ; paranoïaques ; pervers et pervertis ; hygiène des psychopathes.

Laboratoire spécial de bactériologie. — Une série de douze leçons d'anatomie pathologique microscopique sera faite par MM. Macaigne, agrégé, et Nicaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, à partir du lundi 21 novembre, les lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, au laboratoire spécial de bactériologie (fondation Lemonnier).

Cours gratuit : s'inscrire chez le concierge de l'Ecole pratique.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 16 novembre 1932, à 10 h. 30, et continuera son en-

NOUVELLES *(Suite)*

seignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. 30 : Leçon policlinique avec présentation de malades.

Cours d'anatomie. — M. le professeur H. ROUVIÈRE commencera son cours le mercredi 16 novembre 1932, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS. — Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théoriques* de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.

Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1932, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1933.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis.

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles par M. Duvoir, agrégé, tous les mardis du premier semestre.

4° Accidents du travail, maladies professionnelles, pensions de guerre, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé dans l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 heures à 3 heures :

Le mercredi, par M. le professeur Balthazard et par M. Duvoir, agrégé.

Le lundi, par M. le Dr Piédelièvre, agrégé.

Le vendredi, par le Dr Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les lundis, de 3 heures à 4 h. 30, sous la direction de M. le Dr Dervieux chef des travaux de M. le Dr Pidelièvre, agrégé, et de M. Szumlanski, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 3 heures à 4 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les Drs Duvoir, Piédelièvre et Dervieux, le mercredi, à 3 heures, à partir du mercredi 1er mars (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 heures, à la Clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure, asile Sainte-Anne. Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matin.

Examen des malades et rédaction des rapports. — M. le Dr A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices, assisté de MM. les chefs de clinique, à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 3 h. 30 à 5 h. 30.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et vingt inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; un droit d'examen, 20 francs.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

13 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. SIREDEY : Traitement du cancer du col utérin.

13 NOVEMBRE. — *Lille.* Remise d'un portrait au professeur Surmont.

14 NOVEMBRE. — *Montpellier.* Concours de chef de laboratoire de biologie médicale des hôpitaux de Toulon.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours d'agrégation.

15 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription du concours de l'internat des hôpitaux de Nîmes (hôpital Ruffi).

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Dernier délai des candidatures pour la concession des thermes de Bourbonne-les-Bains.

NOUVELLES *(Suite)*

16 NOVEMBRE. — *Poitiers*. Concours de chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers.

17 NOVEMBRE. — *Paris*. Institut océanographique (195, rue Saint-Jacques), 21 heures. Conférence de M. le professeur Léon BERNARD : Ce que la médecine doit à l'Italie.

19 NOVEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Concours pour la nomination de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

20 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. ETIENNE BERNARD : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

20 NOVEMBRE. — *Gap*. Dernier délai d'inscription pour le concours d'inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Alpes.

21 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté*. Concours d'agrégation, histoire naturelle et parasitologie.

22 NOVEMBRE. — *Marseille*. Concours de clinicat de chirurgie infantile.

23 NOVEMBRE. — *Paris*. École du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant à nommer dans l'armée.

23 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr Jules GRAND : Conseils pratiques, mastication. M. le Dr QUÉNISSET : Influences cosmiques et végétarisme.

25 NOVEMBRE. — *Rouen*. Concours d'internat en pharmacie des hôpitaux de Rouen.

26 NOVEMBRE. — *Lyon*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var).

27 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des SaintsPères), 10 heures. M. le Dr TZANCK : Biophylaxie, importance thérapeutique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Maison de la Mutualité (24, rue Saint-Victor), Fête du vingt-cinquième anniversaire de l'Association amicale des médecins des asiles d'aliénés de France, à 21 heures. Pour les cartes, s'adresser à M. le Dr Demay, asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Concours de professeur suppléant à la chaire de chimie de l'École de médecine de Rennes.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr ABRAMI : Mécanisme de la crise d'asthme.

7 DÉCEMBRE — *Paris*. Parc des expositions, 9 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, Société végétarienne, 20 h. 30. M. J. MORAND : Savez-vous la vérité définitive sur l'alimentation humaine ? — M. KNAP : La chair des animaux, état second de la matière.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

UN MÉDICAMENT APÉRITIF ET NUTRITIF NON TOXIQUE ?

Il est difficile de trouver un médicament à la fois apéritif et nutritif, car quassia, gentiane, colombo, s'ils exercent une action sur le tube digestif comme excitants de la nutrition, ne possèdent, par eux-mêmes, aucune propriété nutritive. Quelques-uns même sont d'un maniement délicat : noix vomique, fève Saint-Ignace, etc.

Le fenugrec est un des rares produits qui réunisse ces deux qualités.

A la suite des intéressants travaux du professeur Blum (de Strasbourg), de Wunschendorf, de Rénon, le professeur Lœper et le Dr Filloux ont récemment repris la question et l'ont approfondie. Parlant du fenugrec, ils indiquent nettement que, dans l'arsenal phytothérapique, celui-ci se classe parmi les premiers pour son action sur la nutrition générale et sur l'équilibre sanguin. En outre, ajoutent-ils, « le fenugrec augmente la graisse, économise l'azote ; il abaisse la glycémie qui, dans une de nos expériences chez le chien, diminua en une heure de 30 centigrammes ».

Le seul inconvénient de cette médication, l'odeur, a actuellement disparu, surtout avec les préparations qui utilisent l'extrait fluide de fenugrec et permettent ainsi d'absorber ce dernier en grande quantité, sans danger pour l'estomac.

VARIÉTÉS

SOUS LA CROIX DU SUD

Par F. JACOULET (de Vierzon)
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'éloge des croisières, si à la mode à l'heure actuelle, n'est plus à faire et nombreux sont les médecins qui ont participé aux croisières médicales ou non organisées par les diverses compagnies de navigation françaises et étrangères.

Pour la première fois, et sous les auspices de la Compagnie Sud-Atlantique, une croisière au Brésil a été organisée. Nous y avons participé, et ce court article a pour but de décrire les différents épisodes d'un voyage qui, s'il fut tout d'abord une admirable cure de repos, fut encore des plus instructifs et nous permit de nous faire une idée de Rio de Janeiro et de sa baie, des environs de la ville et de l'intérieur du pays où nous fîmes une courte incursion.

N'oublions pas que le Brésil, pays immense, grand comme dix-sept fois la France, présente des régions encore mal explorées, sans voies pratiques de communication et inaccessibles au simple touriste. Au voyageur curieux de se faire une idée du Brésil intérieur, de la véritable forêt équatoriale, nous conseillerons de compléter — l'année suivante — le voyage que nous venons d'effectuer par un autre, comprenant la remontée de l'Amazone, sur une longueur de seize cents kilomètres, de Para à Manãos.

Les dates de départ et de retour, 11 août, 16 septembre, de la croisière « Sous la Croix du Sud » concordaient assez bien avec la période de vacances que s'accordent maintenant un grand nombre de médecins ; aussi, eûmes-nous le plaisir de trouver parmi nous les Drs Franck (de Cracovie), Jean et Paul Mainguy (de Paris), Crostes (de Bayonne), Rosenblat (de Bagnolet), ce dernier notre compagnon lors d'un voyage en Syrie en 1924. Inutile de dire que les questions médicales furent soigneusement écartées au cours des longues et agréables conversations qui charmèrent les heures de traversée, tous les médecins présents étant trop heureux d'abandonner pour quelque temps leurs préoccupations professionnelles. Aux membres du corps médical s'ajoutaient une douzaine d'extra-médicaux, charmants compagnons, grands voyageurs ; mention spéciale doit être faite pour le doyen de la croisière, âgé de quatre-vingt-un ans, qui ne fut pas le moins alerte du groupe sympathique ainsi formé.

Sur le *Massilia*, belle unité de la Compagnie Sud-Atlantique, dirigé par le commandant M. Petiot, un accueil parfait, un confort incomparable nous fut réservé et toutes les distractions que l'on peut désirer sur un grand transatlantique nous furent offertes en même temps que les fêtes traditionnelles du passage de la ligne, dont la principale attraction fut l'immersion totale dans l'onde amère de tous les « néophytes » que nous étions.

En d'autres temps, nous avons vanté les charmes du voyage en mer (1) ; l'action anesthésiante et du vent du large et de la houle, toujours bénigne, de l'Atlantique Sud, la joie de ne rien faire, de ne pas penser, sont en opposition avec la vie quotidienne et ses mille soucis professionnels ou autres. Le contraste est grand, profond, et la jouissance d'autant plus aiguë.

Glissons discrètement sur les conditions pécuniaires de la croisière : elles furent des plus douces et le sacrifice fait par la Sud-Atlantique fut apprécié de tous.

La traversée de Bordeaux à Rio de Janeiro, longue de douze jours, fut interrompue par une première escale à Vigo, qui s'élève en amphithéâtre sur la rive sud-est d'une rade magnifique. Vingt-quatre heures plus tard, l'escale de Lisbonne nous permettait de visiter cette ville superbe, reine de la péninsule ibérique, comme Naples est la reine de l'Italie ; près de la ville, Belem et son cloître, plus loin, Cintra et ses jardins, firent l'admiration de tous.

A six heures du matin, le *Massilia* se présentait à l'entrée de l'immense baie de Rio de Janeiro ; nous pûmes contempler, du pont supérieur du navire, la plus magnifique baie du monde, parsemée d'îles et d'îlots, au fond de laquelle Rio de Janeiro, adossée à un cirque de montagnes verdoyantes, s'étalait paresseusement, nimbée d'une légère brume matinale, bientôt dissipée par les premiers rayons du soleil.

Rio et sa baie, Naples et son golfe, Constantinople et sa Corne d'Or sont parmi les plus belles visions maritimes qu'il nous ait été donné d'admirer.

Le mois d'août marque le plein du printemps brésilien : c'est dire que, à notre arrivée, la végétation était dans toute sa splendeur et sa luxuriance : forêts touffues d'essences tropicales d'un vert sombre, champs d'orangers et de bananiers d'un vert moins accentué, forment sur les montagnes un demi-cercle d'émeraudes ; les saphirs de la mer ferment cet anneau ; en son milieu, gemme étincelante, Rio de Janeiro s'épanouit orgueilleusement.

Grande ville moderne, en plein développement, Rio, si elle offre quelque intérêt au touriste épris d'urbanisme, ne diffère guère de nos grandes villes maritimes. Ce qui lui donne un charme tout parti-

(1) F. JACOULET, A propos d'un voyage en Méditerranée (*Arch. méd.-chir. de Normandie*, 1924).

VARIÉTÉS *(Suite)*

culier, c'est qu'elle se prolonge sur une longueur de plusieurs kilomètres par une série de plages magnifiques, dont l'aspect varie à toutes les heures du jour, mais prend un caractère impressionnant à la tombée de la nuit. Copocabana, Leblon, Lème, Hypanéma relient insensiblement Rio à la pleine mer ; en face, c'est la ville de Nictheroy, capitale de l'État de Rio de Janeiro, avec ses plages de San Francisco et d'Icarahy, celle-ci curieuse par les étranges formations rocheuses surgies de la mer.

Le jardin botanique, dont les habitants de Rio peuvent à juste titre s'enorgueillir, contient les espèces les plus variées et les plus rares des plantes tropicales. Véritable forêt artificielle, il donne une idée de la grande forêt équatoriale.

Un coup d'œil sur « la zone », quartier réservé des plus pittoresque, une excursion aux villages nègres perchés sur les collines entourant Rio, complètent cette vision rapide, cet instantané de la capitale du Brésil.

Les excursions autour de Rio de Janeiro furent organisées de main de maître par M. Brigole, universitaire français, qui, dès le débarquement, prit en charge les membres de la Croisière et dont chacun put apprécier l'urbanité et le dévouement ; dans sa tâche, il fut secondé par notre future collègue M[lle] Suzanne Brigole, étudiante en médecine à la Faculté de Rio.

Le Pâo de Assucar, ou Pain de Sucre, rocher de quatre cents mètres qui s'élève majestueusement à l'entrée du port et dont l'ascension se fait en funiculaire, permet d'avoir une vue grandiose de Rio et de sa baie. Au coucher du soleil auquel succède immédiatement la nuit, comme dans tous les pays tropicaux, on voit la ville s'allumer, flamboyer, pendant que les ténèbres s'épaississent et que la brise de la terre apporte les odorants effluves de la forêt.

Le Corcovado, haut de sept cents mètres, au sommet duquel se dresse l'énorme statue du Christ Rédempteur, due au ciseau de Landowski, est une excursion des plus intéressantes ; du Parasol, point culminant, le panorama est prodigieux.

Pétropolis, résidence d'été des habitants de Rio et à quatre-vingts kilomètres de la capitale, lui est reliée par une large et audacieuse route de montagne ; chaque tournant offre une vue toujours renouvelée sur les montagnes avoisinantes, couvertes de forêts inextricables.

Parmi les îles éparses dans la baie, la palme revient à l'île Paqueta, miniature de l'île de Capri ; avec ses palmiers géants, ses jardins fleuris, ses plages de sable fin, sa ceinture d'îlots verdoyants, Paqueta respire le calme et la fraîcheur.

Le programme de notre voyage comportait la visite de Santos et de São Paulo ; à notre grand regret, il ne put être réalisé : la révolution battait son plein et rendait impossible toute incursion dans l'État de São Paulo.

Abandonnant Rio, notre petite caravane gagna par voie ferrée Belle-Horizonte, jeune capitale de l'État de Minas Géraës. La fatigue d'un voyage de quinze heures fut compensée par le pittoresque des régions traversées. Courant d'abord au milieu de plantations d'orangers, de bananiers, d'ananas, la voie ferrée s'élève rapidement sur une série de hauts plateaux où la végétation s'éclaircit et où de place en place on aperçoit une « fazenda », ferme brésilienne.

Belle-Horizonte, ville sortie de terre il y a à peine quarante ans, conçue sur le plan des villes américaines, est au fond d'un cirque de hautes montagnes tantôt verdoyantes, tantôt rougeâtres, tant l'hématite y abonde ; le sous-sol de la région abonde en minerais métalliques, minerai d'or en particulier, puisque huit mines de ce précieux métal sont en exploitation dans l'État de Minas Géraës. Si, à Ouro Preto, l'or mélangé au schiste est à fleur de terre et recueilli par le procédé primitif du lavage, à Ouro Velho, il existe une véritable mine, profonde de près de trois mille mètres, étendant ses galeries sur une longueur de sept kilomètres, mine que nous avons pu visiter en détail et dans laquelle toutes les opérations, depuis l'extraction du minerai jusqu'à la fonte de l'or en lingot, sont effectuées d'après les méthodes les plus modernes.

Une visite à Sidérurgia, dont les fours Martin emploient le charbon végétal pour la fabrication de l'acier, termina notre journée et nous comptions prendre un repos bien gagné, mais nous avions compté sans nos confrères brésiliens, qui, avertis de notre venue dans leur capitale, nous firent le soir même une magnifique réception dans les salons de l'Automobile-Club, réception à laquelle assistait M. Luis Penna, maire de Belle-Horizonte. Quelques mots de bienvenue du président du Club, vibrante réponse du D[r] Crostes et rendez-vous fut pris pour visiter, le lendemain, la Faculté de médecine et les établissements hospitaliers.

Le D[r] d'Acosta nous fit lui-même les honneurs de son Institut anticancéreux : chirurgie, radio et radiumthérapie y sont employées avec tous les perfectionnements de la technique moderne.

A l'asile d'aliénés, nous fûmes dirigés par le sympathique chef de service, D[r] Caio Libano Soares, qui nous fit aussi visiter la Faculté de médecine, en l'absence de son doyen, le D[r] Alfredo Balena.

La soirée fut consacrée à la visite d'un cinéma ultra-moderne, parfaitement réfrigéré, pourvu de tous les perfectionnements acoustiques, et un film

---

VARIÉTÉS *(Suite)*

parlant français fut projeté à notre intention.

Si nos regrets de n'avoir pu voir l'Institut Butantan, à São Paulo, avaient été grands, ils disparurent après la longue visite que nous fîmes de l'Institut ophidien de Belle-Horizonte, dont le directeur est le Dr Magalãez. Toutes explications sur les diverses variétés de serpents du Brésil, la façon de recueillir le venin, la technique de la préparation des sérums antivenimeux — anti-bothrops, anti-ophidien, anti-crotal, — la méthode de traitement et ses merveilleux résultats nous furent données par le jeune et savant Dr Vanderbar, que nous ne saurions trop remercier ici.

Sur cette excellente impression se terminait notre séjour à Belle-Horizonte ; il fallait retourner à Rio, embarquer sur le *Massilia* et rentrer en Europe. Tous emportaient de ce voyage lointain un souvenir ému et par la grandeur des beautés naturelles entrevues et par les manifestations d'amitié du corps médical brésilien.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE (*suite*)

Vichy, 19-22 *septembre* 1932.

I. — Section de médecine.

Séquelles de la cholécystectomie : GALLART-MONÈS (Barcelone).

Les cholécystectomisés pour lithiase souffrent : *a*) parce que de nouveaux calculs se forment dans les voies biliaires ; *b*) parce que, en plus de leur lithiase, ils étaient affectés d'une autre lésion qui passa inaperçue ; *c*) parce qu'ils peuvent rester avec une lésion organique cholédocienne ou pancréatique, cas très exceptionnels ; *d*) pour une série de motifs que nous ignorons jusqu'à présent.

Le rôle de la périviscérite dans la production de troubles douloureux ne doit être acceptée qu'avec beaucoup de prudence.

Nous pouvons en dire autant des hépatites secondaires.

Nous croyons que c'est une erreur de chercher les causes des souffrances post-opératoires dans un trouble local.

La lithiase biliaire est une dyscrasie où les glandes endocrines sont un facteur primordial, en troublant le métabolisme. Le foie n'a certainement pas plus d'importance que ces dernières dans la production de la maladie.

L'infection joue un rôle de premier ordre dans les manifestations lithiasiques, mettant en relief des cas qui, sans son concours, demeureraient latents.

Surveillance médicale des cholécystectomisés : SANTIAGO CARRO (Madrid).

La cholécystectomie constituant un traitement visant exclusivement à supprimer la vésicule biliaire inflammée ou infectée, et la lithiase biliaire étant une maladie qui affecte toute la glande hépatique et qui est liée à un fond organique général non modifiable par cette intervention, pour éviter les récidives et complications qui se produisent avec tant de fréquence chez les opérés et pallier aux conséquences plus ou moins immédiates de l'intervention chirurgicale, les lithiasiques cholécystectomisés devront être surveillés et soignés médicalement être toujours soumis aux soins nécessaires de la vie hygiénique, régime alimentaire, médication cholagogue et cure hydrominérale périodique. Avec cela on peut obtenir, dans la majorité des cas, la guérison clinique, ou la presque disparition des symptômes, leur permettant une vie sociale et de travail équivalente à celle que peuvent mener les personnes saines.

La sécrétion interne et externe du pancréas chez les cholécystectomisés : ROCHA (Barcelone).

Dans les études faites chez 12 cholécystectomisés, de trois mois à une année après l'opération, chez lesquels nous avons recherché les preuves de la glycémie provoquée pour rechercher l'état de la sécrétion interne du pancréas et les preuves de la lipase pancréatique de Chiray et de Rona (lipase duodénale et lipase sanguine respectivement), nous n'avons pas trouvé un pourcentage significatif quant à l'uniformité, pour déduire que le pancréas de ces opérés ait été influencé, d'une façon permanente, vers le sens d'un défaut fonctionnel.

L'hyperesthésie des plexus solaire et mésentérique chez certains opérés du cholécyste : PAUL DUFOURT et H.-G, ROUBEAU (Vichy).

Les auteurs attirent l'attention sur une forme particulière de réaction douloureuse post-opératoire, caractérisée par sa localisation aux plexus nerveux abdominaux.

Cette réaction paraît indépendante de toute complication sur les voies biliaires et relève de l'irritation du système neuro-végétatif par l'excitation des terminaisons nerveuses soit directe, soit réflexe.

Ils insistent sur l'évolution habituellement favorable. Malgré l'intensité des phénomènes douloureux, le traitement doit rester médical et la réintervention ne semble pas indiquée.

L'aire cutanée abdominale hyperalgésique dans les réactions lithiasiques et infectieuses vésiculaires : LUCIEN CORNIL (Marseille).

L'auteur insiste sur l'importance capitale en séméiologie vésiculaire de cette aire qui permet de traduire objectivement la souffrance viscérale.

Située à droite dans le neuvième segment dorsal, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen et en dedans de la bissectrice de l'angle droit, formé en haut par la verticale et l'horizontale partant de l'ombilic, elle constitue une zone arrondie ou ovalaire de 2 à 5 centimètres de diamètre, ne coïncidant pas avec le point cystique à la pression.

Elle doit être recherchée avec une pointe mousse, en pratiquant des piqûres successives du tégument abdominal de dehors en dedans et en marquant au crayon dermographique les limites de cette aire hyperalgésique.

On complétera l'enquête en recherchant à sa surface

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'hyperesthésie tactile (souvent augmentée), l'écartement des cercles de Weber (plutôt diminués), enfin l'hyperalgésie thermique.

On constatera de plus, au niveau de cette aire et parfois la débordant, de l'anémie discrète de la peau, contrastant avec une raie dermographique intense, des réactions pilomotrices (horripilation souvent spontanée).

Rappelant l'intérêt sémiologique, diagnostique et thérapeutique (injections sédatives sous-cutanées des algies vésiculaires) de cette zone, Cornil insiste en terminant sur la différenciation des voies conductrices des trois ordres de troubles sensitifs (douleurs spontanées locales ou répercussives, douleur à la pression des points électifs, et hyperalgésie de l'aire décrite).

A propos de l'étiologie de la lithiase vésiculaire :

Félix Ramond, J. Dimitresco Popovici et H. Dany rappellent les nouvelles notions de physiologie qui semblent diriger le remplissage et le vidage de la vésicule biliaire et insistent en particulier sur le facteur duodénal dans ce deuxième temps.

Ils se demandent si la perturbation d'un des éléments de la physiologie vésiculaire : dans le remplissage (brassage de la bile, capillarité, équilibre isotonique) ou dans le vidage (troubles de l'absorption, atonie vésiculaire et surtout atonie duodénale) ne facilite pas la concentration de la bile vésiculaire et, par suite, la précipitation de la cholestérine et des pigments biliaires.

L'atonie duodénale et les troubles d'absorption par la muqueuse seraient les deux principaux facteurs. Ces derniers seraient particulièrement nets chaque fois qu'une infection surajoutée viendrait frapper la vésicule.

Acétylcholine et vésicule biliaire :

Lœper, Lemaire et Dany, après avoir établi que l'injection intraveineuse d'acétylcholine provoque sur le chien une contraction vésiculaire effective, c'est-à-dire suivie d'une augmentation notable de la cholérèse, ont appliqué dans les mêmes conditions ce médicament à l'exploration des fonctions vésiculaires et des affections bilio-pancréatiques. L'épreuve à l'acétylcholine se montre aussi efficace que l'épreuve de Meltzer-Lyon. Elle semble raccourcir l'évolution de l'ictère catarrhal et convenir au traitement de l'atonie vésiculaire, mais elle est contre-indiquée dans les obstructions par calcul ou par coudure de la voie biliaire principale.

A propos des calculs vésiculaires de carbonate calcique : O. Weill (Bruxelles).

L'auteur est d'accord pour admettre que les calculs de carbonate calcique purs sont extrêmement rares. O. Weill a eu l'occasion d'en observer un cas tout à fait net. L'affection s'était manifestée par des coliques hépatiques non accompagnées d'ictère. Une première radiographie montra un petit calcul dans le cystique et un gros dans le fond de la vésicule. Trois ans plus tard, une nouvelle radio montra que le calcul du fond avait grandi et remplissait toute la cavité. Sur les plaques, les taches calculeuses avaient une intensité tout à fait inaccoutumée. Après cholécystectomie, on put se rendre compte qu'il s'agissait d'un volumineux calcul, absolument blanc, dont l'analyse démontra qu'il était constitué par du carbonate calcique à peu près pur. Comme il existait aussi un petit calcul obstruant le cystique et excluant la vésicule, il faut admettre que ce carbonate calcique résulte d'une sécrétion de l'épithélium vésiculaire.

Le diagnostic différentiel entre colique hépatique lithiasique et colique pseudo-lithiasique dérivant d'un kyste hydatique : Marcialis (Sassari, Sardaigne).

Ce diagnostic présente toujours des difficultés considérables, même dans des pays où médecins et chirurgiens ont de la maladie hydatique une particulière expérience. A défaut des signes directs, il faudra que nous prenions comme base les résultats d'un examen clinique et radiologique très scrupuleux et surtout les résultats des essais biologiques qui, eux seuls, permettent, le plus souvent, d'arriver à un diagnostic exact.

Syphilis hépatique et récidives biliaires : Bergarèche (Saint-Sébastien).

Relations de 4 cas de syphilis hépatique coexistant avec la lithiase biliaire.

Dans 3 de ces cas, la syphilis hépatique a fait des séquelles post-opératoires en simulant complètement des récidives calculeuses ou des poussées de cholangites.

Dans 2 de ces cas, les récidives ont guéri radicalement grâce aux traitements spécifiques.

Le troisième finit par un syndrome de splénomégalie du type Banti.

Réactions cardio-aortiques au cours de la lithiase biliaire : G. Houlbert (l'Hôpital Thermal civil).

A. En présence de troubles fonctionnels cardiaques dont l'examen minutieux du cœur et de l'aorte ne donne pas l'explication, rechercher la présence possible d'une épine irritative vésiculaire.

B. Examiner attentivement le cœur des lithiasiques biliaires, ménager la vésicule des cardiaques et en calmer d'urgence les douleurs ; rechercher, pour les soigner, les lésions vésiculaires chez les cardiaques.

Indications thérapeutiques fournies par le tubage duodénal et la cholécystographie dans la lithiase biliaire : Chiray (Paris) et Milochevitch (Belgrade).

Le traitement classique de la lithiase comporte une formule standard, régime alimentaire approprié, cure hydrominérale, médicaments destinés à l'expulsion des calculs, à la désinfection biliaire et à l'augmentation ou la modification de la sécrétion biliaire elle-même.

A l'heure actuelle, les renseignements fournis par le tubage duodénal et la cholécystographie conjugués permettent une thérapeutique mieux adaptée aux différents cas.

1° Dans ce que nous appelons les vésicules bloquées ou exclues, soit par calcul du cystique, soit par remplissage total de la vésicule par des concrétions, lorsque l'épreuve d'excrétion vésiculaire provoquée et la cholécystographie restent négatives, il faut, au point de vue médical, exclure toutes les thérapeutiques violentes ou expulsives qui sont inutiles et dangereuses. Le but à atteindre n'est pas d'éliminer les calculs, mais de rendre la vésicule tolérante à leur égard par tous les moyens hygiéniques hydrominéraux ou médicamenteux.

2° Dans les autres cas où l'épreuve de Meltzer-Lyon permet d'obtenir la « bile B » et où la visualisation vésiculaire est réalisée par la méthode de Graham, deux ordres de faits peuvent être envisagés.

Si la vésicule, non exclue, contient des calculs relativement volumineux, il faut encore s'en tenir à la conduite envisagée dans le cas précédent.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Si, au contraire, on a l'impression radiologique que les calculs sont petits ou qu'il existe seulement du sable biliaire, surtout lorsque la vésicule paraît radiologiquement grosse et atonique, on doit essayer avec précaution une thérapeutique plus violente et tenter l'expulsion des calculs ou, à leur défaut, celle de la bile vésiculaire stagnante et infectée.

Étude comparative de la valeur diagnostique du drainage biliaire et de la cholécystographie dans les cholécystites calculeuses : MILANES et P. FARINAS (Cuba).

La cholécystographie est le procédé de choix pour le diagnostic des cholécystites calculeuses.

Mais il y a des cas où l'épreuve de Meltzer-Lyon assure le diagnostic, qu'on n'a pu faire avec la cholécystographie.

L'auteur insiste sur la nécessité des examens « standard » et montre la valeur respective de chacun des procédés, sans oublier l'anamnèse et l'exploration.

Étude du tubage duodénal dans le diagnostic de la lithiase biliaire : LADISLAS DE FRIEDRICH (Budapest).

Le tubage duodénal doit compléter l'épreuve de Graham. La vérification rœntgenologique de la situation du bout de la sonde est indispensable. Le sondage duodénal seul ne suffit pas pour le diagnostic concernant la lithiase biliaire.

On doit examiner aussi bien les réflexes duodénaux que le contenu microscopique du duodénum. Un réflexe négatif ne prouve pas sûrement l'obturation du cystique. Un réflexe positif n'implique pas l'absence des calculs biliaires. Si le contenu de substances cristallines est augmenté, cela fait soupçonner la présence de calculs ; l'augmentation de leucocytes à l'examen microscopique ne signifie pas toujours l'inflammation des voies biliaires.

Détermination clinique des acides biliaires dans le suc duodénal : K. GLAESSNER (Vienne).

La détermination des acides biliaires employée jusqu'à présent : stalagmométrique, fluorescence, détermination d'azote, est difficile et peu exacte. La nouvelle détermination des acides biliaires dans le suc duodénal est basée sur le principe de la bile de Plattner.

Mode d'opération : le suc duodénal est coagulé par l'alcool, filtré ; le liquide filtré est acidifié, évaporé, lavé à l'éther, neutralisé et de nouveau évaporé jusqu'à sécheresse.

Le résidu est extrait par l'alcool, filtré et abandonné au repos ; puis dilué en séries géométriques (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, etc.) et additionné d'éther qui forme à la surface un anneau visible ; la dernière dilution, où se produit l'anneau, est la limite.

Par comparaison avec une solution à 5 p. 100 de glycocholate de soude, on peut déterminer le pourcentage du suc duodénal en acides biliaires. Démonstration de la méthode et exemples (cas normaux et pathologiques). Cette méthode est dénommée : *l'épreuve d'anneau des acides biliaires.*

Les biles noires : JACQUES DALSACE (Paris).

Les biles noires recueillies par tubage duodénal, ou par ponction opératoire de la vésicule, constituent un symptôme très important. Elles s'accompagnent d'un syndrome clinique particulier caractérisé par une association de troubles digestifs, psychiques et généraux.

Après cholécystostomie, on constate un parallélisme remarquable entre les manifestations cliniques et les variations de couleur de la bile.

La bile noire provient du foie et non de la vésicule. La cholécystectomie est contre-indiquée. Le traitement sera médical ; en cas d'insuccès, on recourra à la cholécystostomie. La bile noire améliore le pronostic d'un malade digestif ou mental par la possibilité de guérison par le drainage.

Étude chimique des biles évacuées après cystostomie chez les malades à « bile noire » : R. GOIFFON.

La teinte foncée des biles est due à une augmentation excessive de la bilirubine (plus de 6 gr. p. 1 000 dans un cas). Elles contiennent peu de sels biliaires (5 gr. p. 100 en moyenne) ; un taux de cholestérine variable, peut-être plus souvent augmenté ; un *p*H normal. La bile qui s'écoule la nuit est plus riche en pigments que la bile de jour, et les autres éléments (sels biliaires et cholestérine) plus abondants, son volume est plus grand.

Après la guérison clinique, les sels biliaires s'accroissent et la bilirubine diminue.

Résumé clinique de la bactériologie biliaire : H.-G. MOGENA, C. DURAN et J. TAPIA (Madrid).

L'examen bactériologique de la bile vésiculaire obtenue par sondage duodénal, ou directement du cholécyste, nous a démontré que le tant pour cent des cultures positives n'était pas beaucoup plus élevé chez les malades des voies biliaires que lorsque celles-ci n'étaient pas affectées, aussi nous le considérons comme de peu de valeur.

Nous avons orienté la bactériologie biliaire en recherchant la participation allergique chez les malades des voies biliaires, et nous avons reconnu que beaucoup de cas de migraines, urticaires, fébricules, eczémas, étaient sensibles à leurs propres germes.

Nous obtenons les plus brillants succès par l'emploi d'autovaccins en l'accompagnant de lavages duodénaux afin d'éviter la stase biliaire.

Du rôle capital de la bactériémie à point de départ intestinal dans la pathogénie de la lithiase biliaire : DESGEORGES (Vichy).

La bactériémie à point de départ intestinal et, en particulier, la colibacillémie chronique ou colibacillose, joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de la lithiase biliaire.

S'éliminant par la bile, les germes pénètrent dans la vésicule où ils provoquent et entretiennent un état d'inflammation chronique qui finira par aboutir à la précipitation lithiasique.

Mais ce n'est pas tout : la colibacillose entraîne à la longue l'hypercholestérolémie. C'est là une notion susceptible de jeter un jour nouveau sur le chapitre encore si discuté de la genèse des concrétions biliaires. Elle rend compte des principaux faits cliniques et expérimentaux qui ont servi de base aux diverses théories proposées pour expliquer leur formation.

La lithiase biliaire et la cholécystite amibienne : Professeur TOMMASO CASONI (Tripoli).

La cholécystite amibienne et la lithiase biliaire évoluent souvent avec des symptômes semblables entre eux et leurs syndromes souvent se confondent et, quelquefois, se superposent.

Soit que la vésicule biliaire soit infectée par les amibes

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'une façon primitive, par voie hématique ou secondaire à une hépatite, le procédé inflammatoire qui en résulte détermine une altération des parois et du contenu et, quelquefois, à la longue, aboutit à la lithiase biliaire.

Il arrive qu'un syndrome presque pareil peut être déterminé par une cholécystite amibienne ou par une cholécystite calculeuse, ou par une cholécystite amibienne et calculeuse à la fois. Selon les cas, on devra instituer soit le traitement médical spécifique, ou le traitement chirurgical, ou le traitement médical et chirurgical combinés.

La vaccinothérapie de la « lithiase biliaire » : G. KREMER (Varsovie).

L'auteur traite depuis le mois de septembre 1924 ses malades de la lithiase biliaire et cholécystite par des vaccins qu'il administre par la voie buccale. En s'appuyant sur un matériel de 195 cas et un temps d'observation de huit ans, il arrive à la conclusion que cette méthode, appliquée surtout au début de la maladie, est la méthode de choix et donne, de beaucoup, de meilleurs résultats que les autres. Il appliquait dans 72 p. 100 de ses cas le vaccin colique, dans 10 p. 100 le vaccin typhique et, dans le reste des cas, le colique avec le vaccin entérococcique, staphylococcique, de Delbet, et autres.

Spasmes graves de l'œsophage et affections du foie : JEAN GUISEZ (Paris).

Il semble maintenant bien établi que, grâce à l'œsophagoscopie, on a pu étudier plus à fond la question des spasmes de l'œsophage et que ceux-ci ont presque toujours une cause locale, et les spasmes graves du cardia en particulier constituent une véritable maladie avec une symptomatologie propre et, sous l'influence des phénomènes inflammatoires surajoutés, ils ne tardent pas à la longue à se transformer en sténoses véritablement organiques à forme scléro-cicatricielle.

L'élément nerveux auquel on donnait autrefois une première place dans la pathogénie de cette affection semble n'agir que comme cause prédisposante et bien souvent fait défaut. La mauvaise mastication semble être la cause principale de ces spasmes, le cardia refusant de s'ouvrir devant un bol mal préparé, mal insalivé Il en résulte de la stase alimentaire, de l'œsophagite et consécutivement, du spasme.

Or, nous avons toujours été frappé par la coïncidence de ces spasmes du cardia avec les affections du foie : tous en grand nombre étaient atteints de lithiase biliaire opérée ou non, et même lorsque, grâce à un traitement local approprié, ils peuvent avaler normalement, ils continuent à mal digérer et mal assimiler, leur haleine est mauvaise, la langue reste sale à cause du mauvais fonctionnement du foie. Nous avons observé ce fait dans de très grandes proportions, au moins une fois sur trois, en particulier dans les cas graves, et tous ces malades ont été très rapidement améliorés et guéris par le traitement de Vichy.

La lithiase biliaire chez l'enfant : L. DESMAROUX (médecin-chef à l'Hôpital civil de Vichy).

Histoire clinique d'une petite malade de sept ans, issue d'une mère lithiasique, ayant présenté à plusieurs reprises des coliques hépatiques depuis l'âge de deux ans avec subictère, selles décolorées, poussées thermiques, hypercholestérinémie (3 grammes), chez laquelle paraît s'imposer le diagnostic de lithiase biliaire.

Le sexe, l'hérédité maternelle directe, le taux anormalement élevé de la cholestérine peuvent donc réaliser chez l'enfant les conditions favorisantes de la précipitation biliaire.

Cette hypercholestérinémie relève, ainsi que l'a exposé le professeur Chauffard, d'une forme spéciale d'insuffisance hépatique transmise dans la vie intra-utérine par la mère lithiasique et entretenue par une alimentation défectueuse. Il est possible d'envisager la guérison par un traitement et un régime appropriés, en particulier la cure hydrominérale de Vichy précocement appliquée.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des syndromes aigus hépato-biliaires : A. VALERIO (Rio de Janeiro).

L'auteur critique les interventions hâtives qui exposent à des interventions inutiles, pour des cas de pseudo-ithiases qui peuvent être dus au retentissement hépato-biliaire d'infections à distance (constipation, inflammation uro-génitale) qu'il suffit de traiter pour faire disparaître les troubles hépatiques secondaires.

Lithiase biliaire et lithopexies associées : HENRI PAILLARD.

Sur 350 cas de lithiase biliaire *avérée*, l'auteur a trouvé :

Dans 19 p. 100 des cas, un *arc cholestérinique oculaire* partiel ou total ;

Dans 10,5 p. 100 des cas, un *xanthome palpébral* ;

Dans 3 p. 100 des cas, des *tophi goutteux* ;

Dans 17 p. 100 des cas, de la *polyarthrite sèche* ;

Dans 22 p. 100 des cas, de la *cellulite* ;

Dans 4,5 p. 100 des cas, de l'*athérome artériel* dûment vérifié (palpation, radiographie ou oscillométrie).

L'auteur insiste sur le fait que la lithiase biliaire est souvent non seulement une maladie locale, mais la traduction d'un trouble de la nutrition beaucoup plus étendu.

De quelques conditions favorables et défavorables à la production des calculs biliaires : HENRI DUFOUR (Paris).

L'auteur envisage deux conditions : l'une organique, favorable à la formation de calculs biliaires ; l'autre humorale, défavorable. La cause organique consiste dans l'existence d'une loge diverticulaire, siégeant sur le canal hépatique ou cystique et résultant d'une inflammation, voire même de la syphilis. Dans cette loge se dépose la cholestérine, jusqu'au moment où le calcul moulé est expulsé et entraîné par le courant de la bile dans la vésicule ou dans le cholédoque. Cette pathogénie permet d'expliquer la colique hépatique avec ou sans ictère ; certaines récidives de colique hépatique après cholécystectomie et la forme des calculs, dits à facettes.

Le trouble humoral, qui s'oppose à la précipitation de la cholestérine, ressortit à l'alcoolisme intensif et prolongé. L'alcool crée la cirrhose, mais semble mettre l'alcoolique à l'abri de la lithiase.

Sur quelques expressions biochimiques de l'insuffisance hépatique : V. CORDIER et J. ENSELME (Lyon).

Les auteurs montrent que, dans la lithiase biliaire, l'étude de la fonction protéolytique du foie, suivie pendant plusieurs jours, accuse un parallélisme entre les signes cliniques et les signes chimiques. Ceux-ci restent d'ailleurs toujours dans des zones d'altération légère et

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

n'ont pas donné de variation à grande amplitude.

Rapports de la lithiase biliaire et de la cholécystite avec le diabète : Professeur T. HERNANDO (Madrid).

Il est possible que dans certains cas, chez les diabétiques, les altérations du foie soient l'origine du diabète, mais plus souvent il semble bien qu'on doive incriminer surtout une pancréatite, elle-même consécutive à une cholécystite.

Le diabète est donc secondaire et la pancréatite aiguë peut être même à son origine.

Les diabétiques cholécystitiques ne transmettent parfois à leurs descendants que la maladie vésiculaire.

Rhumatismes chroniques d'origine lithiasique : ROGER GLÉNARD (Vichy).

La lithiase biliaire, en dehors des symptômes locaux qui la caractérisent, donne naissance à bien des troubles éloignés, parmi lesquels il convient de faire une place toute particulière aux manifestations rhumatismales. Celles-ci peuvent aller des douleurs fonctionnelles fugaces, par quoi débutent tant de rhumatismes chroniques, jusqu'aux déformations ostéo-articulaires avec impotence, qui marquent les phases plus avancées de leur évolution.

L'apparition de ces cas se produit par l'intermédiaire, soit de l'infection vésiculaire, soit de l'insuffisance hépatique concomitante.

Le traitement sera plus spécialement hépatique et vésiculaire à la période initiale des douleurs erratiques, et local articulaire à l'étape ultérieure du rhumatisme confirmé.

Le métabolisme basal dans la lithiase biliaire : BABOT (Barcelone).

L'auteur ne croit pas que la colique hépatique ait ainsi aucune influence sur le métabolisme basal.

Le métabolisme basal dans la lithiase biliaire peut varier en rapport avec des complications surajoutées telles que l'obésité, avec tendance à abaisser le métabolisme, et l'hypertension artérielle avec tendance à l'augmenter.

Dans les cas compliqués, le métabolisme était une fois augmenté chez un malade avec localisation pulmonaire ; les autres fois, diminué, dans un cas par myxœdème (cas nº 3) ; dans un autre cas, par hyponutrition et amaigrissement (cas nº 4) et dans deux autres par vagotonisme (cas nºs 8 et 19).

Hépatites cholangitiques : G. DOMINICI et A. ALLODI (Turin).

Les auteurs, se servant des nombreuses recherches faites dans le sang : suc duodénal, excrétions, etc., et de différents essais d'exploration fonctionnelle, étudient la genèse des hépatites. Ils attirent tout d'abord l'attention sur la fréquente constatation d'une atteinte des voies biliaires, pendant le cours des hépatites en général. Ils font remarquer, toutefois, qu'à l'origine des hépatites aiguës, subaiguës et subchroniques, on trouve assez souvent des affections primitives des voies biliaires, qui produisent des formes cliniques d'une gravité différente, qui vont du tableau de l'« ictère catarrhal » jusqu'aux formes les plus obstinées d'hépatites à pronostic très sévère.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Épreuve au galactose et hépatite lithiasique : H. WALTER (Vichy).

L'auteur, pratiquant l'épreuve au galactose chez des lithiasiques en cure à Vichy, ne note la réaction positive que dans le quart des cas, qui correspondent d'ailleurs aux formes cliniques les plus sévères. Chez les cholécystectomisés, la proportion est identique et les cas positifs correspondent encore aux séquelles douloureuses les plus marquées. Les cirrhoses d'origine lithiasique ont donné les chiffres les plus élevés, mais dans tous les cas, y compris les cirrhoses, la cure a ramené la galactosurie à la normale.

Étude de la lithiase biliaire par le dosage de la cholestérine dans le sang : J. BARBERA (Barcelone).

La plupart des malades atteints de cholélithiase ont de l'hypercholestérinémie (dans 2 cas, il y avait une légère hypocholestérinémie).

Il n'y a pas de parallélisme entre la rétention de cholestérine et celle des pigments et sels biliaires.

La sédimentation des hématies dans les ictères : A. RADOSAVLJEVIC et M. SEKULIC (Belgrade).

Une sédimentation des hématies ralentie plaide en faveur de la nature catarrhale d'un ictère. Un ictère accompagné d'une sédimentation des hématies accélérée ou bien n'est pas un ictère catarrhal mais de nature autre (lithiase biliaire, cancer, syphilis, cirrhose du foie, etc.), ou bien il s'agit d'un ictère catarrhal coexistant avec une autre maladie dont l'influence accélérante sur la sédimentation des hématies est connue. Les expériences *in vitro* et *in vivo* prouvent que c'est à la rétention des sels biliaires qu'il faut attribuer la sédimentation des hématies ralentie au cours de l'ictère catarrhal. Dans les autres ictères avec rétention des cholates, ainsi que dans l'ictère catarrhal compliqué, l'influence inhibitrice des sels biliaires sur la sédimentation des hématies est surmontée par des facteurs accélérants.

La lithiase biliaire par carence : BOUCHER (Grenoble).

L'auteur rappelle que sous l'effet de la disparition des vitamines par les régimes carencés, qui n'est pas immédiate, les ferments coagulants des leucocytes amenés par l'invasion microbienne deviennent prépondérants, et c'est ce qui explique les accidents tardifs de lithiase biliaire dans l'avitaminose.

La notion de carence dans la pathogénie de la lithiase biliaire s'allie donc très bien aux causes classiques de stase et d'infection microbienne, depuis longtemps décrites comme provoquant la calculose.

Un cas de xanthome multiple à forme pseudo-hygromateuse : EDOUARD ANTOINE (Paris).

Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, voit se développer un xanthome multiple à forme hygromateuse, autour des articulations des deux poignets, des deux coudes et des deux cous-de-pied. Ultérieurement, on l'opère d'un kyste à l'ovaire gauche, puis d'un kyste de l'ovaire droit (formé de cholestérine). L'examen chimique d'un des dépôts xanthomateux du coude gauche montre qu'il est constitué par de la cholestérine, des phosphatides et un

peu d'acide urique. L'examen du sang montre 6 grammes de cholestérine. A noter que le père de la jeune malade a présenté la même maladie. La discussion de ces faits prête à des observations qui confirment les idées soutenues par Chauffard, Laroche, Grigaut, Hartmann.

Recherches expérimentales et cliniques des relations entre le cholestérol de l'organisme et les sels biliaires de la bile. Contribution à l'étude du facteur hépatique dans la pathogénie de la lithiase biliaire : GUY LAROCHE et GRIGAUT (Paris).

Les auteurs communiquent les résultats de faits cliniques et expérimentaux ayant trait au métabolisme associé du cholestérol et des sels biliaires.

Ils publient les observations de deux malades atteints de xanthomes généralisés chez lesquels, sous l'influence de la radiothérapie du foie, ils ont vu diminuer le cholestérol de l'organisme, en même temps qu'augmentaient les sels biliaires dans la bile.

Dans les ictères cliniques soumis au drainage et dans des expériences réalisées avec M. Costes chez le chien, ils ont retrouvé le même phénomène. Ces faits viennent confirmer la théorie de Grigaut sur la transformation du cholestérol de l'organisme en sels biliaires et éclairent la pathogénie de la lithiase biliaire par la diminution du solvant naturel du cholestérol de la bile : les sels biliaires.

La lithiase biliaire chez le vieillard : P. BRODIN (Paris).

Chargé depuis plusieurs années d'un service de 1 400 vieillards, l'auteur a été frappé de la fréquence chez eux d'accidents graves d'origine lithiasique alors que les calculs avaient été jusque-là parfaitement tolérés : ictères chroniques par obstruction calculeuse, angiocholites ou cholécystites suppurées, accessoirement pancréatites hémorragiques.

Foie grippal et lithiase biliaire : CHARNAUX (Vichy).

Parmi les maladies infectieuses, la *grippe*, sous toutes ses formes, mais surtout « intestinale », qui serait mieux nommée : *hépato-digestive*, joue le premier rôle dans l'étiologie de la lithiase biliaire, étant donnée surtout la formidable expansion de ses épidémies.

Dépister et combattre l'infection hépatique grippale apparaît comme un des points les plus importants de la prophylaxie de la lithiase biliaire.

L'action des injections intramusculaires de pepsine sur l'hypercholestérolémie : MAURICE DEBRAY, CODOUNIS et HATZIGEORGE (Paris).

Les auteurs ont constaté que les injections intramusculaires de pepsine entraînaient un abaissement du cholestérol sanguin, mais seulement chez les sujets porteurs initialement d'une hypercholestérolémie. Aussi bien chez les athéromateux, les goutteux que chez les biliaires, le chiffre du cholestérol sanguin fut souvent ramené à un taux voisin de la normale. L'amélioration clinique obtenue chez les biliaires est toujours plus tardive qu'avec les médications cholagogues habituelles. Une expérience suffisamment prolongée est seule capable de préciser l'intérêt pratique de cette méthode qui méritera peut-être de venir compléter l'action des traitements classiques et des cures thermales, dont l'efficacité est depuis longtemps démontrée. *(A suivre.)*

NÉCROLOGIE

A. CHAUFFARD (1855-1932)

La médecine française vient de perdre un de ses membres les plus éminents ; A Chauffard appartenait à cette lignée de grands cliniciens dont quelques-uns existent encore et qui ont marqué d'un lustre incomparable l'École de médecine de Paris.

L'enseignement de Chauffard fera date dans l'histoire de la médecine de ces cinquante dernières années ; il fut parmi les premiers à montrer l'importance de l'*alliance intime de la clinique et du laboratoire*. Ceux qui, comme moi, ont assisté aux efforts persistants des Maîtres, comme Achard, Chauffard, Gilbert, Hayem, Vaquez, Widal, qui ont inculqué à leurs élèves l'amour de la recherche scientifique et montré l'intérêt pour le diagnostic des travaux de laboratoire, pourront seuls se rendre compte du grand effort qu'ils ont fourni. Quand on songe qu'en 1900 on comptait les services de médecins des hôpitaux qui étaient pourvus de laboratoire et qu'au nom de la clinique bien des médecins dédaignaient la recherche scientifique comme trop théorique et ne pouvant conduire à aucune donnée pratique, on peut mesurer aujourd'hui le chemin parcouru. A Chauffard fut de ceux qui considéraient le laboratoire comme l'annexe indispensable de l'examen du malade, et comme nul mieux que lui ne savait examiner un patient, analyser les symptômes et leur donner leur valeur propre, il eut sur la jeune génération médicale de cette époque une influence considérable. Ses places d'internes et même d'externes étaient très recherchées, et heureux ceux qui étaient parmi les élus, car ils acquéraient une dicipline d'esprit qui les marquait à jamais. Chauffard savait exiger de ses élèves un travail soutenu, et j'ai vu peu de services où on pouvait retrouver une pareille émulation ; Chauffard n'était pas prodigue de compliments, mais un mot du Maître suffisait pour récompenser de bien des peines ; ses critiques étaient toujours justes ; il exigeait beaucoup de ses élèves, mais nul n'aurait songé à récriminer.



Photo Otto et Pirou.

LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD.

Pour se rendre compte de la valeur de l'enseignement de Chauffard, il fallait suivre ses visites quotidiennes au lit du malade et ses leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il s'y montrait sous les deux aspects qui le caractérisaient au plus haut point : le Médecin et le Professeur. La lecture de l'observation par l'externe était suivie de commentaires précieux ; Chauffard apprenait à l'élève à examiner un malade, à le retourner sous toutes ses faces et surtout à demander

au laboratoire les indications indispensables au diagnostic; c'était pour chaque patient une leçon vécue, et quand on était resté une année près de lui, on savait réellement comment procéder à un examen et retirer de ce dernier tout ce qu'il pouvait rendre. A l'amphithéâtre de cours du service il faisait, même avant d'être professeur titulaire, une leçon chaque mercredi ; l'amphithéâtre était plein et le maître donnait là, toute la mesure de ses qualités de clarté et d'exposition ; c'était vraiment de la belle clinique française; nette, lumineuse et savante en même temps, celle qui caractérise si bien à l'étranger notre école parisienne.

Je n'oublierai jamais l'année passée près de lui dans les barraques de bois de Cochin, à côté de mon collègue et ami regretté F.-X. Gouraud. C'était à qui de nous deux le matin, dès son arrivée à 8 h. 30, pourrait annoncer au maître la nouvelle la plus intéressante, un cas clinique récent ou les résultats des recherches de laboratoire effectuées la veille. Le souvenir de l'année d'internat que j'ai passée chez Chauffard reste encore vivant dans ma mémoire et je suis certain qu'il en est de même pour tous les internes du Maitre.

A. Chauffard naquit à Avignon le 22 août 1855; il fut l'élève de Dolbeau, Bucquoy, Archambault, Hardy, Brouardel, Jaccoud, Peter et Landouzy.

Il eut une carrière étonnament brillante. Interne des hôpitaux en 1877, médaille d'argent en 1879 puis médaille d'or en 1881, il était reçu docteur en médecine en 1882; sa thèse était intitulée « Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde ». Médecin des hôpitaux l'année d'après, 1883, il était agrégé en 1886 avec une thèse portant sur « Les crises dans les maladies ».

Il fut secrétaire général du XIII[e] Congrès international de médecine de Paris l'année de l'Exposition en 1900, et nul n'a oublié avec quel éclat il remplit ces fonctions.

Membre de l'Académie de médecine en 1902, il en fut plus tard l'un des présidents.

Il était le 1[er] mars 1909 nommé *professeur du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie*, et en 1911 il prit la *chaire de clinique médicale* de Saint-Antoine où il devait rester jusqu'à sa retraite en 1925.

Sa renommée était mondiale, et il était membre de nombreuses sociétés savantes à l'étranger, en Russie, en Tchéco-Slovaquie, en Autriche, en Turquie, etc.

L'œuvre scientifique de Chauffard est tellement considérable qu'il m'est impossible d'en donner ici même un bref aperçu. Nous passerons rapidement sur ses travaux pourtant fort importants sur : *les infections aiguës*, notamment le rhumatisme et le charbon, avec Boidin et Lædetich, les *myosites gonococciques* avec N. Fiessinger, les *maladies du système nerveux* (méningite cérébro-spinale, méningite zonateuse avec Froin, Rivet et Rendu, et surtout hémorragies méningées avec Froin), les maladies de *l'appareil respiratoire* (pleurésie traumatique avec Gombault; pleurésies médiastines, inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchement avec Lædetich; le pneumothorax et la succussion horizontale, les pneumonies à rechutes, les pneumonies conjugales avec Widal; la bronchite pseudo-membraneuse); les maladies *du sang et des organes hématopoiétiques* (myocardites typhiques, anémie pernicieuse avec Lœderich); les maladies de l *appareil digestif* (parotidite cuprique, cancer du pancréas, gastro-diaphanie); l'intoxication addisonienne. Il étudia avec Quénu les effets de la *résection du sympathique cervical* dans le goitre exolphtalmique, et ceux de l'injection intracérébrale d'antitoxine dans le *tétanos traumatique*.

Nous insisterons plus particulièrement sur ce qui fait le fond de l'œuvre de Chauffard : les *maladies du foie* et *du rein*.

Il publiait dans le *Traité de Pathologie générale* de Bouchard en 1900 la *pathologie générale et la séméiologie du foie*, et dans le *Traité de Médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud en 1902 les chapitres se rapportant aux *maladies du foie et des voies biliaires* ; c'était une œuvre considérable où la clarté de l'exposition ne le cédait en rien aux aperçus originaux touchant la pathologie hépatique. On peut dire que Chauffart marqua de son empreinte personnelle toutes les questions qui s'y rapportaient.

Il fait d'abord une longue étude de l'*ictère catarrhal*, s'attachant aux phénomènes des *crises urinaires*, et à la *pathogénie* de cet ictère ; il aborde l'étude et le traitement des *ictères infectieux bénins* et publie avec J. Castaigne, une longue étude de l'*épreuve du bleu de méthylène et de ses éliminations urinaires* chez les hépatiques.

En août 1897 il présente au XII[e] Congrès international de médecine un rapport sur les *formes cliniques des cirrhoses du foie* et plus tard un ensemble de travaux sur l'*évolution générale des cirrhoses du foie*.

La *lithiase biliaire* est étudiée soit au point de vue *pathogénique*, « valeur clinique de l'infection comme cause de la lithiase biliaire », soit au point de vue *thérapeutique* : huile d'olive à haute dose, salicylate de soude et salols. Il publie dans le *Traité de Thérapeutique appliquée* de Robin un article d'ensemble sur le *traitement de la lithiase biliaire*. Il fait une étude très fouillée de la *lithiase du cholédoque* et donne une description restée classique de la *zone pancréatico-cholédocienne*.

Il eut le très grand mérite d'individualiser avec Hanot le syndrome connu sous le nom de *diabète bronzé* caractérisé par une cirrhose hypertrophique du foie avec pigmentation cutanée et viscérale et du diabète sucré.

Ses recherches sur le *kyste hydatique du foie* sont encore classiques. Il décrit une forme particulière de frémissement hydatique dans certains types de gros kystes hydatiques; il fait avec Widal une série de *recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie* ; il montre les dangers de la ponction et publie enfin une étude sur les *abcès aréolaires du foie* ; avec L. Boidin il étudie la genèse de l'*éosinophilie* et ses rapports avec la toxine hydatique.

Ses études sur *la rate* et sur son rôle dans certaines affections hépatiques l'ont conduit à ses recherches sur l'*ictère hémolytique*.





PULMOSERUM

BAILLY

Réalise :

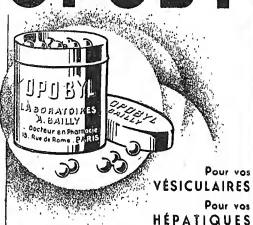
l'antisepsie des voies respiratoires
la modification des sécrétions bronchiques
la sédation de la toux opiniâtre
la défense de l'organisme débilité

INFECTIONS
GRIPPALES

AFFECTIONS
BRONCO-PULMONAIRES

LABORATOIRES A. BAILLY
15, Rue de Rome - PARIS

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL
associe

**L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE**

Hépatites et Cirrhoses
Cholécystites et Ictères
Troubles digestifs et Constipation
Hépatisme latent

Laboratoires A BAILLY, 15, Rue de Rome, PARIS-8e

NÉCROLOGIE *(Suite)*

En 1899 il publiait un mémoire sur les *hépatites d'origine splénique* ; puis des études sur les *cirrhoses biliaires splénomégaliques, la syphilis héréditaire à forme spléno-hépatique* ; mais nous devons insister plus particulièrement sur ses travaux concernant les *ictères hémolytiques* qui occupent dans son œuvre *une place très particulière.*

A la suite des travaux de Minkowski d'une part, de Gilbert, Castaigne et Lereboullet de l'autre, on admettait l'existence d'une maladie héréditaire caractésrisée par un ictère chronique avec urobilinurie, splénomégalie et sidérose rénale.

En juin 1907, à propos d'un cas d'ictère congénital du type décrit par Minkowski, Chauffard montre l'importance de la fragilité globulaire et de la microcytémie ; il décrit l'*ictère hémolytique par fragilité globulaire* et fait avec N. Fiessinger l'étude des *hématies granuleuses.* L'urobilinurie est constante, tandis que la cholurie vraie fait toujours défaut.

Il compare les ictères hémolytiques congénitaux ordinairement bénins et les ictères hémolytiques acquis, de pronostic souvent grave ; il rapproche ces derniers des anémies pernicieuses ictérigènes qu'il avait décrites en 1905 avec Lœderich. Il se fait le défenseur ardent et convaincu de l'origine splénique de l'hémolyse. A côté des ictères hémolytiques par fragilité globulaire il décrit avec Troisier des *ictères hémolysiniques.*

Il reprend l'étude du *syndrome spléno-hépatique dans le paludisme aigu* et il le considère comme un exemple de réactions hépatiques secondaires à un trouble splénique ; il cherche avec J. Castaigne à reproduire au point de vue expérimental les lésions du foie d'origine splénique.

Ses travaux sur les ictères et l'hémolyse lui font étudier la réaction de Haycraft avec F.-X. Gouraud ; l'urobiline fécale et sa valeur clinique avec H. Rendu.

En étroite relation avec ses recherches concernant la pathologie hépatique, mais la dépassant tout en l'englobant, nous devons citer ses recherches si importantes sur *les lipoïdes en pathologie* qu'il a réunies et condensées dans son *rapport au* XIVe *Congrès français de médecine de Bruxelles* en 1920, en collaboration avec Guy Laroche et A. Grigaut. En dehors des origines alimentaires, il distingue deux variétés d'hypercholestérolémie, l'une *passive*, d'origine hépatique, et relevant plus ou moins de la rétention biliaire ; l'autre *active*, d'origine *endocrinienne* et surtout *surrénale* ou *ovarienne.* A la première variété correspondent surtout la formation des calculs biliaires et les dépôts cutanés du xanthélasma et du xanthome. Aux hypercholestérolémies d'origine surrénale se rattachent les dépôts cholestéroliques des athéromateux aortiques, l'arc sénile de la cornée, le synchisis étincelant et surtout les plaques blanches des rétinites albuminuriques. Les plaques blanches rétiniennes des femmes enceintes relèvent de troubles ovariens et surrénaliens. Il étudie enfin les hypercholestérolémies diabétiques.

L'œuvre de Chauffard en *pathologie rénale* se retrouve dans les deux éditions successives qu'il fit paraître dans le *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, la dernière en collaboration avec Lœderich.

Il adopte dans la classification des néphrites les idées émises et développées par Brault, et il fait jouer un rôle capital au mode et à la durée de l'agent causal. La cirrhose pour le rein comme pour le foie est l'indice d'une défense relative de l'organe et jusqu'à un certain point une réaction de résistance et de protection.

Tout en admettant l'importance de la rétention chlorurée, de la rétention azotée et de l'hypertension dans l'urémie, Chauffard se défend de toute classification trop rigoureuse; il admet qu'il y a chez les urémiques rétention de poisons multiples et intoxication complexe ; de plus, il est probable que « des phénomènes physiques d'hypertension artérielle et d'œdèmes viscéraux interviennent pour rendre plus complexes encore la pathogénie et la symptomatologie de l'urémie ».

Il divise les néphrites en néphrites aiguës et en néphrites chroniques. Ces dernières comprennent les néphrites chroniques à évolution rapide ou néphrites hydropigènes, la néphrite chronique à évolution lente, la néphrite chronique à évolution extrêmement prolongée ou néphrite atrophique dite interstitielle.

L'œuvre originale de Chauffard en pathologie rénale a trait surtout aux études suivantes : la *néphrite par tuberculine*, le *rôle du système nerveux dans l'hémoglobinurie paroxystique*, les *hypertrophies rénales compensatrices au cours des néphrites chroniques*, la *néphrite par le sublimé*, la *néphrite syphilitique secondaire*, l'*urémie aiguë* avec polynucléose rachidienne. Il étudia tout particulièrement avec Font-Reaulx, Guy Laroche et Grigaut la rétinite brightique ; tandis que la papillite œdémateuse paraît dépendre de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, les lésions hémorragiques sont liées aux altérations artériosclércuses des petits vaisseaux et à l'hypertension artérielle. Quant aux plaques blanches, elles seraient dues à l'infiltration de la rétine par des lipoïdes et surtout du cholestérol, ce dépôt cholestérolien local étant fonction de la surcharge du sang en lipoïdes.

Widal et ses élèves ne se sont pas ralliés entièrement à cette manière de voir ; il serait possible pour eux que le rôle du cholestérol ne fût que secondaire.

Il nous faut enfin citer les recherches très importantes et très intéressantes de Chauffard avec Brodin et Grigaut sur l'*hyperuricémie* tant dans le rôle du *tophus goutteux* et de la goutte elle-même que chez les *néphrétiques.* Ces auteurs confirment les constatations de Myers, Fine et Lough montrant que l'hyperuricémie constitue dans les néphrites le signe clinique le plus sensible de l'hypoperméabilité rénale.

L'œuvre de Chauffard est considérable ; on peut dire que son esprit critique et chercheur a touché à toutes les branches de la pathologie humaine. Il aimait à tirer des conclusions d'ordre général de faits particuliers, et après avoir exposé dans ses leçons le cas clinique, après en avoir discuté le pronostic et le traitement, il était bien rare qu'il n'en déduise des considérations d'ordre général et qu'il ne se com-

NÉCROLOGIE *(Suite)*

plaise pas dans les sphères élevées de la pathologie générale et de la philosophie médicale.

Cet esprit généralisateur qui aimait à extraire du fait clinique toutes les déductions qu'il en pouvait fournir, nous le retrouvons non seulement dans son rôle de professeur, mais encore dans toute son œuvre scientifique. Après l'étude méthodique des symptômes et des maladies, Chauffard, dans la dernière partie de sa carrière, évolua vers les recherches de biologie ; ses travaux sur les lipoïdes, le cholestérol, l'acide urique, l'hémolyse le conduisirent à l'étude des problèmes les plus complexes de la pathologie.

Chauffard, dans sa leçon inaugurale de 1909, rappelait non sans orgueil qu'il faisait partie d'une *famille médicale déjà illustre*.

Le 14 mars 1833 son grand père Hyacinthe Chauffard, jeune médecin d'Avignon, était venu, sans relations personnelles, disputer à Paris une chaire de professeur à Rostain, Gendron, Piorry et Trousseau. La chaire de clinique interne était alors attribuée au concours. Son grand-père, classé en troisième ligne *ex æquo* avec Piorry, se retirait du concours. « Il n'avait fait qu'entrevoir, écrit Chauffard, la Terre Promise où d'autres plus heureux devaient pénétrer. »

Vingtt-rois ans plus tard, en 1856, Émile Chauffard, son père, tentait le même exode ; ancien interne médaille d'or, après dix ans de pratique à Avignon, « il venait lui aussi chercher à conquérir sa place à Paris ». Il fut nommé à l'agrégation en tête d'une liste qui comprenait Hérard, Axenfeld et Empis. En 1871, la Faculté l'appelait à la chaire de pathologie générale.

« Et aujourd'hui, continue Chauffard, une troisième génération est encore venue frapper à la porte de cette Faculté, et cette porte s'est ouverte toute grande. »

Chauffard ne tenait pas seulement à la médecine par son père et son grand-père, mais il y était intimement uni par sa femme, Mme Chauffard, fille du maître respecté et admiré que fut Bucquoy.

Chauffard s'éteint après une longue vie semée d'honneurs, admiré et respecté de tous, car il fut toujours d'une droiture impeccable. Il a eu la grande joie de voir se perpétuer à la Faculté cette famille médicale dont il était justement fier, entouré de son gendre Guillain qui occupe avec tant d'éclat la chaire de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, et de son petit-fils Garcin, notre collègue des hôpitaux, qui marche si brillamment sur le chemin tracé par ses aînés.

Que Mme Chauffard, sa fille Mme Guillain, et sa petite-fille Mme Garcin veuillent bien agréer nos très respectueuses condoléances; que nos collègues Guillain et Garcin reçoivent ici l'expression de toute notre admiration pour leur Grand Disparu.

F. RATHERY.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Le samedi 5 novembre a eu lieu à la Sorbonne la séance de rentrée de l'Université, comme chaque année, à pareille époque.

Tous les professeurs des Facultés en robes jaunes, rouges, grenat, pourpre, vermillon, étaient réunis.

Sur l'estrade, d'autres robes également brillantes, mais qui ne sont pas toutes de la Faculté de Paris, se mêlent aux uniformes de généraux ou d'académiciens.

Les doyens des Facultés eurent tour à tour la parole pour présenter les titres des personnalités étrangères à qui l'Université de Paris conférait, à l'occasion de la rentrée, le grade de docteur *honoris causa*.

M. le doyen Balthazard présenta M. Marañon, professeur à la Faculté de médecine de Barcelone, puis M. Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome.

MARANON

A l'heure où retentit encore dans nos oreilles l'écho des applaudissements chaleureux qui ont accueilli en Espagne notre président du Conseil, il nous est particulièrement agréable de prolonger par la présente cérémonie les récentes manifestations de sympathie franco-espagnoles.

L'Université de Paris ne pouvait d'ailleurs trouver un savant plus digne que le professeur Marañon, à qui décerner le titre de docteur *honoris causa*. Inaugurant en effet le 16 octobre 1931 la chaire nouvelle d'endocrinologie, Marañon pouvait indiquer que depuis vingt ans il avait minutieusement étudié toutes les glandes à sécrétion interne et défini leur rôle physio-pathologique. Il est l'auteur de 481 communications devant les sociétés savantes ou publications dans les journaux médicaux, qu'il a résumées dans 22 volumes, qu'ont consultés tous ceux qui s'intéressent à la science nouvelle.

Parmi ces publications originales, qui fourmillent d'expériences et d'observations cliniques, 65 sont relatives à l'hérédité endocrine, 56 visent les altérations de la glande thyroïde, 5 les parathyroïdes, 51 sont consacrées à la physiologie pathologique des capsules surrénales, 46 à l'étude des glandes sexuelles, 36 se réfèrent aux rapports de l'hypophyse avec le diabète insipide ; enfin 26 notes traitent du métabolisme des hydrates de carbone dans le diabète sucré.

Pareil labeur semble dépasser les forces humaines, et cependant le professeur Marañon a su encore condenser ses découvertes dans des ouvrages remplis de vues larges et d'aperçus nouveaux.

C'est chose vraiment curieuse qu'une chaire ait pu être consacrée entièrement à l'endocrinologie, alors qu'il y a trente ans à peine, on ne savait presque rien du rôle des glandes endocrines et des sécrétions internes qu'elles déversent directement dans le sang. Les fonctions de la thyroïde, des parathyroïdes, des capsules surrénales, de l'hypophyse étaient seulement l'objet d'hypothèses et de

suppositions. On sait aujourd'hui quel rôle considérable ces glandes jouent dans la genèse de beaucoup de maladies, quelle est leur importance dans la croissance et dans la détermination des caractères sexuels.

Il convient de louer l'Université de Madrid d'avoir créé une chaire d'endocrinologie ; mais en vérité il faut bien dire qu'elle l'a fait parce qu'elle disposait d'un homme capable de l'occuper et d'y faire progresser la science.

Les recherches de Marañon ont transformé nos idées sur la conception des sexes. Alors que l'on envisageait traditionnellement deux sexes, le masculin et le féminin, nettement distincts, on est obligé à présent de concevoir une évolution sexuelle, qui part de l'un pour aboutir à l'autre et qui peut s'arrêter en chemin pour donner naissance aux sujets de sexe intermédiaire.

On sait depuis longtemps que, dans l'espèce humaine, l'embryon est indifférencié, qu'il possède à la fois les organes de Müller et les organes de Wolff. Si les premiers s'atrophient, l'individu reste du sexe féminin ; au contraire, s'ils se développent, l'individu évolue vers le sexe masculin.

On comprend que l'évolution puisse être entravée et qu'il se constitue ainsi des sujets de sexe intermédiaire ; le mérite de Marañon est d'avoir montré qu'à côté des cas très nets, on peut observer chez beaucoup de sujets féminins quelques caractères masculins et inversement.

Il est intéressant de constater que les conceptions de Marañon apportent une explication satisfaisante des perturbations psychologiques existant chez un certain nombre de sujets. Nous n'avons pas à rechercher quelle est la responsabilité des individus malformés dans leurs penchants, mais en connaissant mieux la cause, il devient possible de s'y opposer par l'éducation et d'éviter des anomalies perturbant l'ordre social.

Un jour, Marañon fut distrait de ses études par l'accomplissement de ce qu'il regardait comme un devoir civique. Il risqua sa fortune, sa liberté et même sa vie pour instituer dans son pays le régime républicain. Nulle révolution ne s'accomplit avec une moindre effusion de sang. Dès que Marañon vit le pouvoir confié à des hommes d'ordre, au lieu d'accepter les honneurs que lui valait son rôle éminent, il demanda instamment à se retirer et à reprendre les études cliniques et expérimentales, qui avaient été sa passion pendant sa vie entière. Il revint à son hôpital, retrouva ses malades. Ainsi a-t-il donné un magnifique exemple de désintéressement, que nous avons le devoir d'admirer à une époque où, si l'on en croyait les pessimistes, l'intérêt personnel inspirerait toutes les actions humaines.

Nous souhaitons donc au professeur Marañon de poursuivre dans l'avenir la série des recherches, qui dans le passé ont donné une si abondante moisson ; nous n'avons aucun doute sur l'importance des découvertes qu'il est encore appelé à nous apporter.

SANARELLI.

En 1892, Pasteur était à l'apogée de sa gloire ; on avait fêté dans cet amphithéâtre avec un lustre incomparable le soixante-dixième anniversaire de sa naissance. A cette époque, Sanarelli, jeune médecin reçu docteur trois ans auparavant par l'Université de Sienne et qui s'était déjà consacré à la recherche scientifique auprès du célèbre Golgi, vint demander à Pasteur à la fois l'hospitalité et les moyens de travail.

Sanarelli fut heureusement inspiré, lorsque, ébloui sans aucun doute par la portée des découvertes pasteuriennes, il se décida à faire à Paris un séjour prolongé. A l'Institut Pasteur, il travailla dans le laboratoire de Metchnikoff ; à la Faculté de médecine, il eut la bonne fortune d'écouter les conseils de Bouchard.

Avec de tels maîtres, le jeune médecin, qui avait déjà donné des preuves de ses dispositions pour les études expérimentales, devait accumuler rapidement d'importantes découvertes. Un perfectionnement de technique devait faciliter l'étude des races microbiennes et des produits filtrants : Sanarelli imagina en effet de confectionner des sacs en collodion, formant membrane semi-perméable, à l'intérieur desquels on ensemençait des microbes et qui étaient ensuite placés dans divers liquides et même dans la cavité péritonéale des cobayes. On obtint ainsi la possibilité de renforcer la virulence des races microbiennes et aussi d'étudier les produits de filtration, toxines et virus.

La fièvre typhoïde était considérée comme une maladie localisée à l'intestin primitivement, susceptible d'ailleurs de provoquer secondairement des complications par voie sanguine. Comme l'a nettement reconnu Bouchard, c'est à Sanarelli que l'on doit d'avoir envisagé, avec de nombreuses preuves expérimentales à l'appui, la maladie éberthienne comme une septicémie primitive avec localisations intestinales secondaires. Lafforgue estime avec raison que cette conception pathogénique fut l'étape indispensable qui devait conduire bientôt à l'hémo-diagnostic et au séro-diagnostic de la maladie et à la vaccination antityphique.

Pendant quinze ans de sa carrière scientifique, Sanarelli s'attacha à l'étude minutieuse du choléra. Il montra, d'abord qu'il peut exister dans l'intestin de l'homme sain en dehors de toute période épidémique, un vibrion, qui possède tous les caractères du vibrion cholérique. Puis il établit que, tel le microbe de la fièvre typhoïde, le vibrion cholérique, lorsqu'il est virulent, infeste d'abord le sang avant de coloniser dans l'intestin ; ce vibrion pénètre dans le sang par les lymphatiques du pharynx. La monographie consacrée au choléra par Sanarelli, en 1931, constitue un monument admirable, où se trouvent réunies toutes nos connaissances sur cette maladie, en même temps que sont résumées plus de cinquante publications faites par l'auteur depuis 1916.

Poursuivant l'idée féconde qui lui a permis d'élucider la pathogénie de la fièvre typhoïde, du choléra, Sanarelli montre que le charbon intestinal n'existe pas : l'entérite charbonneuse est une réaction morbide de l'intestin à la suite d'une infection hématogène. La bactéridie charbonneuse peut toujours être retrouvée dans le sang dès le début de la maladie.

Il est impossible d'énumérer ici toutes les découvertes dues à Sanarelli, découvertes qui résultèrent autant du progrès de la technique que d'une expérimentation méthodique et précise. En 1897, grâce au sac de collodion, il découvre chez le lapin un virus filtrant, à une époque où de semblables virus étaient à peine soupçonnés

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

des bactériologistes. De même il faut citer la part importante de Sanarelli dans la découverte du virus filtrant de la fièvre jaune et dans l'étude des spirochétoses intestinales.

En 1912, Sanarelli développe devant le VII[e] Congrès de la tuberculose, à Rome, la conception de l'hérédo-immunité, qu'il opposait à la doctrine depuis si longtemps admise de l'hérédo-prédisposition.

Tous ces travaux ont assigné à Sanarelli une place de premier ordre parmi les savants européens ; ils justifient sans aucun doute le titre éminent que l'Université de Paris lui confère aujourd'hui. Sa notoriété est d'ailleurs consacrée par de nombreuses sociétés savantes. N'est-il pas membre de l'Académie de médecine de Paris, de celles de Bruxelles, de Rio de Janeiro, de la Société de biologie? Le gouvernement de la République française a reconnu ses mérites en lui conférant dans l'ordre de la Légion d'honneur le grade de Grand Officier.

Mais tout cela compte peu pour nous au regard de l'espoir que nous nourrissons : Sanarelli est l'un des amis les plus convaincus, sur lesquels nous puissions compter pour maintenir et pour resserrer l'amitié franco-italienne.

En 1919, je m'étais rendu à Vérone pour l'inauguration d'une statue de Lombroso, le savant qui a eu l'immense mérite de baser la défense de la société contre les criminels sur l'étude biologique de ces criminels. Au banquet qui termina les fêtes, je fus appelé à prendre la parole. Je rappelai que, pendant la guerre, j'avais quitté la robe universitaire pour prendre le commandement d'un groupe d'artillerie; qu'à Bligny, près de Reims, il m'était échu la mission d'appuyer les troupes italiennes contre les attaques allemandes. Je pus témoigner que nous avions applaudi à leur courage et à leur ténacité. A ce moment se leva un général italien présent dans la salle ; il vint à moi et me donna l'accolade : « Cher camarade, me dit-il, nous, les anciens combattants, les anciens frères d'armes, nous ne devrions pas nous lasser de répéter partout, que le souvenir des dangers partagés par leurs enfants crée entre nos deux peuples, déjà unis par leur origine latine, une solidarité que rien ne pourra entamer. »

Et j'en reviens à Sanarelli : en 1915, député du royaume d'Italie, il fut l'un de ceux qui poussèrent leur pays à venir au secours de la France. Plus tard il ne désespéra jamais de la victoire.

Il faut lire la belle conférence qu'il fit en 1915 à la séance de rentrée de l'Université de Rome, dans laquelle il montre comment les philosophes ont enseigné au peuple allemand qu'il est appelé à imposer à tous les méthodes germaniques, comment les anthropologistes ont affirmé la supériorité du type dolichocéphale blond, le *germain*, sur le brachycéphale brun, l'*alpin*, sur le dolichocéphale brun, le *méditerranéen*. Ainsi Sanarelli combattait en 1915 la doctrine que Fœrster et Lasson résumaient en prétendant que l'impérialisme allemand apporterait au genre humain une civilisation parfaite.

Sanarelli terminait ainsi son discours : « Après la Victoire, l'humanité devra se développer dans le champ des aspirations nationales et dans le respect des trésors accumulés par les arts et par les sciences, rendant impossible toute nouvelle organisation de violences, coordonnant les forces du monde de façon à consolider, au bénéfice de tous les peuples, les garanties essentielles du droit, de la civilisation et de la paix sociale. »

Pour avoir exprimé de tels sentiments, que nous partageons tous en France, Sanarelli a droit à toute notre gratitude et nous lui adressons notre salut le plus cordial.

BALTHAZARD.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

La séance solennelle de rentrée des Facultés de l'Université de Lyon a eu lieu, sous la présidence de M. Lirondelle, recteur de l'Académie de Lyon, entouré des doyens et des nouveaux docteurs *honoris causa*, MM. Émile de Grosz, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Budapest ; Edvard Ehlers, professeur de clinique dermatologique à l'université de Copenhague ; Jean Verhoogen, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles. M. le professeur Karoli (de Copenhague), retenu, s'était fait représenter.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

La séance solennelle de rentrée des Facultés de l'Université de Montpellier a été marquée par la remise des insignes et des diplômes de docteurs *honoris causa* à quatre professeurs étrangers : les professeurs Ferrer y Gagigal et Jaime Payri, de la Faculté de médecine de Barcelone ; Bordet, de la Faculté de médecine de Bruxelles, et Pirenne, de la Faculté des lettres de la même Université.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La célébration du Centenaire de la naissance de M. Alexandre Guéniot (1832-1932). — L'Académie de médecine vient de rendre hommage à son vénéré doyen d'âge et d'élection qui a accompli le matin même sa centième année.

La salle était bondée, de nombreuses dames avaient pris place dans l'hémycycle où les académiciens étaient au complet. Voici M. le préfet Bonju, le D[r] Lobligeois, conseiller municipal, le professeur Sanarelli (de Rome) ; le professeur Thorwald Madson (de Copenhague) ; le médecin général inspecteur Cadiot, M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, puis de très nombreux représentants de la Société nationale de chirurgie, de la Société d'obstétrique, et j'aperçois dans le fond M. Apert, dernier interne de M. Guéniot.

Au premier rang, avec sa famille, notre ami Paul Guéniot, accoucheur des hôpitaux, agrégé, assiste à l'hommage rendu à son père.

Le bureau de l'Académie, en uniforme, fait son entrée accompagnant M. de Monzie, ministre de l'Éducation nationale, et M. Justin Godard, ministre de la Santé publique. Derrière le bureau apparaît le vénéré M. Guéniot, au bras du général Gouraud, gouverneur de Paris, et fils du regretté docteur Gouraud, médecin de la Charité.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Des applaudissements nourris accueillent leur entrée.

Et les discours commencent. Chacun des orateurs rend hommage à la vie simple et laborieuse de M. Guéniot, à son dévouement et à sa dignité. Et de fait, quelle carrière bien remplie que la sienne. Né le 8 novembre 1832 à Tignécourt, dans les Vosges, il fait sa médecine à Paris, est externe en 1856, arrive douzième à l'internat en 1857, en même temps que Dujardin-Beaumetz, Tillaux et Lancereaux. En 1865, il est chirurgien des hôpitaux et le demeure jusqu'en 1895. On sait qu'à cette époque, il n'y avait pas d'accoucheurs des hôpitaux. Les accouchements étaient faits par des chirurgiens comme Guéniot, comme Lucas Championnière. En 1869, M. Guéniot arrive à l'agrégation d'accouchements. La même année, ses collègues Bouchard, Brouardel et Cornil étaient nommés agrégés de médecine ; MM. Lannelongue et Le Dentu, étaient nommés en chirurgie. En 1880, il est élu à l'Académie de médecine, il en est président en 1906.

Ce sont tous ces souvenirs que rappellent les orateurs, M. le président MEILLÈRE, dans une allocution de belle tenue ; M. le secrétaire général ACHARD, dans une harangue pleine de finesse et d'esprit, M. le professeur BAR, avec sa haute autorité, dit la gratitude des obstétriciens pour leur maître vénéré qui a été un modèle de désintéressement et dont les travaux jamais interrompus ont certainement été la cause de sa verte longévité. M. Pierre DUVAL, président de la Société nationale de chirurgie, salue celui qui fait partie de la société depuis soixante-quatre ans, et a apporté une contribution très importante aux travaux de la Société.

M. MOURIER rappelle que le doyen de l'Académie a connu le début de l'ère pastorienne, les progrès de l'anesthésie, les miracles récents de la chirurgie. Il a été l'élève ou le collègue de tant de maîtres dont la postérité garde fidèlement la mémoire, les Velpeau, les Nélaton, les Bazin, les Ricord, les Malgaigne, ombres illustres, et tant d'autres dont le labeur patient et désintéressé a apporté une éclatante contribution au grand œuvre médical.

« On a dit ce qu'a été la carrière du docteur Guéniot ; qu'il me soit donné, cependant, de rappeler son rôle de premier plan dans les hôpitaux de Paris, tant à l'hospice des Enfants-Assistés que comme chef de service à la Maternité, où il demeura pendant de longues années, dépensant à la population pauvre de Paris le trésor de sa science et de sa bonté. »

M. AMBROISE RENDU, doyen du Conseil municipal, vient apporter au Dr Guéniot l'hommage du quartier Saint-Thomas d'Aquin, envers celui qui, pendant sa longue carrière, a rendu tant de services.

M. DE FONTENAY, président du Conseil municipal, rappelle que le Conseil aurait voulu célébrer le centenaire à l'Hôtel de Ville. Devant le désir exprimé par M. Guéniot, toujours modeste, la fête est devenue strictement académique. La Ville de Paris s'y associe en décernant sa médallle d'or à celui qui a mis au monde tant de Parisiens.

M. de Fontenay déclare, en outre, qu'il est heureux, comme petit-fils du Dr Nacquard, président de l'Académie de médecine en 1854, d'avoir été désigné pour remplir cette mission.

M. DE MONZIE, ministre de l'Education nationale, se félicite d'avoir à saluer le doyen de l'Académie : « Vous avez, mon cher maître, dit-il, ressuscité la tradition d'Hippocrate, et, du même coup, infligé un démenti à Voltaire, lequel soutenait par malice de malade qu'aucun centenaire n'appartenait à la Faculté. Vous avez eu, il est vrai, d'assez nombreux prédécesseurs dans la pratique du centenaire médical. On cite Saporta, médecin de Charles VIII, qui mourut à 106 ans ; Louis Patenôtre, maître chirurgien à Loisy-en-Brie, qui opéra jusqu'à 103 ans ; Dufournelle de Barjac, né en 1690, que Napoléon se fit présenter en 1809 ; le Dr Zalewski, qui avait treize ans quand il assista à l'exécution de Louis XVI et s'éteignit doucement en 1893, et plus récemment les trois frères de Bossy, du Havre, tous trois médecins, qui furent tous trois centenaires. A défaut de conserver tous les malades, la médecine conserve à titre publicitaire quelques médecins de choix. « La médecine, affirment certains statisticiens, *malgré tant de circonstances désavantageuses, est l'une des professions où la vie moyenne est la plus longue.* » Il y a un correctif à cette formule rassurante dont les auteurs précisent qu'elle s'applique dès que le médecin arrive à la notoriété. Ainsi dans la profession médicale, le succès ajoute aux prestiges sociaux un supplément de privilèges biologiques. »

Dans le livre de souvenirs et dans la vie même de M. Guéniot, l'orateur recherche les secrets de la longévité. Suffit-il d'être toujours attentif ? Faut-il, pour se préserver d'une vieillesse qui, selon certains, serait la rouille de la vie, et, pis, une « sclérose généralisée », faut-il s'adonner au travail, sans songer à la retraite, à cette retraite qui, dit-on, fait plus de victimes que la tuberculose ?

« Ne vous êtes-vous point avisé, le 22 février 1922, de faire à l'Académie de médecine une communication sur la faculté de ne penser à rien ? C'était, je crois, la seule faculté que la nature, prodigue envers vous, vous eût refusée. Vous pensez toujours à tout. »

Et en terminant, le ministre salue le doyen qui est un magnifique exemplaire de l'optimisme français.

M. ALEXANDRE GUÉNIOT monte à son tour à la tribune au milieu des applaudissements. Il est très ému, certes, mais, comme à l'ordinaire, sa voix est ferme et sa diction parfaite. Après avoir remercié les orateurs, après avoir dit sa gratitude à ses collègues, à ses amis, il parle de ses souvenirs, sur lesquels il a publié il y a deux ans un si charmant volume. Le souvenir, dit-il, nourrit l'esprit du vieillard et en empêche la déchéance.

Avec sa bonne grâce et son esprit habituel, le vénéré doyen rappelle quelques détails de l'histoire de l'Académie; à ce propos, il envoie un petit « coup de patte », si j'ose ainsi m'exprimer, aux promesses ministérielles Le ministre qui, lui-même, avait envoyé quelques instants auparavant un petit coup de patte aux médecins, ne pouvait se fâcher, Il prit le parti de rire de bon cœur.

En terminant, M. Guéniot rappela qu'à l'ancienne Académie de la rue des Saints-Pères, la voix des orateurs n'était jamais couverte par le bruit des conversations particulières et il fit une spirituelle et aimable critique de l'Académie actuelle.

Quand il descendit de la tribune, M. Guéniot fut salué par une ovation formidable, dernière manifestation du respect et de l'affection que tous ses confrères éprouvent pour leur vénéré doyen. F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1932.

Cancer du col utérin. — M. HARTMANN ayant retrouvé une de ses opérées, le pourcentage des bons résultats éloignés atteint 75 p. 100.

Péritonite encapsulante. — M. BERGERET rapporte un nouveau cas de cette affection encore mal connue.

Calcifications périarticulaires de l'épaule. — M. BARRET rapporte une observation de M. MAGNANT (de Bordeaux), où l'auteur a obtenu la guérison par simple immobilisation.

Tophi de volume insolite. — M. BARRET analyse une observation de M. YVES BOURDE (de Marseille) qui dut enlever une série de très gros tophi des mains et du coude. Les lésions étaient telles que certaines articulations interphalangiennes étaient ankylosées.

Invagination intestinale. — M. PICOT rapporte une observation de M. RENÉ BLOCH. Le lavement baryté repoussa le boudin dans la fosse iliaque, et l'intervention montra qu'il existait une seconde invagination iléo-iléale.

M. SORREL estime que l'opération de contrôle est toujours nécessaire.

Hernie diaphragmatique. — M. JEAN QUÉNU rapporte une observation de M. HUET qui ne put réduire ni par thoracotomie, ni par laparotomie et dut réunir les deux incisions en thoraco-phréno-laparotomie.

Myosite. — M. LENORMANT analyse une observation de M. HUARD (de l'Armée) concernant une myosite staphylococcique du quadriceps, a à évolution torpide. Ces cas sont fréquents dans les régions tropicales et prennent égalcment la forme de tumeurs.

M. LENORMANT a observé un cas analogue.

M. L. BAZY, a observé, au contact d'un ancien foyer ostéomyélitique, une tumeur musculaire (myosite staphylococcique) dont il put pratiquer l'ablation complète.

Cancer de la langue. — M. ROUX-BERGER a traité 386 cas à l'Institut du Radium entre 1919 et 1926. Il les classe en quatre catégories selon les dimensions et le degré d'envahissement. Dans les dorso-lingaux antérieurs, il a obtenu les résultats suivants :

Au stade I, 44 p. 100 de guérison apparente ;

Au stade II, 22 p. 100 ;

Aux stades III et IV, la proportion baisse très considérablement.

Dans les dorso-linguaux postérieurs, 50 p. 100 de guérison au premier stade, et 20 p. 100 au second.

Urétéro-cystonéostomie. — MM. J. QUÉNU et FEY, au cours d'une hystérectomie pour fibrome, sectionnent l'uretère droit. Implantation vésicale par le procédé de Pays. Deux ans après, examinée pour une très gros calcul vésical, on constate, par la cystographie, la pyélographie intraveineuse et le bilan fonctionuel, que le rein correspondant est un peu diminué de volume mais fonctionne normalement. Un aussi beau résultat est rare à longue échéance.

M. PIERRE BAZY estime que les résultats sont d'autant meilleurs qu'on a fait une implantation immédiate.

M. SAUVÉ a publié une intervention réussie dans un cas de rein unique.

D'après M. CHEVASSU, ce sont les résultats tardifs qui sont mauvais : il est préférable de tenter l'anastomose.

Traitement des ulcères perforés de l'estomac. — M. JUDINE (de Moscou) publie une nouvelle série de 212 cas opérés entre le 1er octobre 1930 et le 7 octobre 1932. Sa statistique totale porte actuellement sur 536 cas.

La perforation est plus fréquente chez l'homme et au cas d'ulcère duodénal.

L'intervention de principe a été la gastrectomie large; les notions d'horaire, d'âge et d'état général intervenant dans le choix de l'intervention. La mortalité totale est de 12 p. 100 ; celle des gastrectomies, de 6 p. 100.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 octobre 1932.

Excitabilité du nerf de Hering. — M. L. LAPICQUE présente au nom de M. MATTON, une note concernant l'étude chronaxique du nerf de Hering. La chronaxie d'hypotension est en général comprise entre 0,33 et 0,45 σ ; la chronaxie de bradycardie est plus élevée.

Sur l'excitation électrique du nerf de Hering. — MM. H. BÉNARD, F.-P. MERKLEN et L. VITANYI montrent qu'il est possible de dissocier dans la réponse cardiovasculaire du nerf de Hering, par des excitations électriques graduellement croissantes, une action hypotensive pure et une action bradycardisante. Cette dissociation peut être mise en évidence non seulement avec les excitations faradiques, mais encore avec des décharges rythmées de condensateurs. Ils signalent l'intervention des réactions respiratoires et de sensibilité générale, comme susceptibles de modifier les effets cardio-vasculaires de l'excitation électrique du nerf du sinus carotidien.

Mesures de l'excitabilité du nef de Hering. — MM. H. BÉNARD, F.-P. MERKLEN et L. DERMER ont appliqué les techniques de L. Lapicque à la mesure de la chronaxie du nerf de Hering et à l'étude des lois de sommation concernant ce nerf itératif. Ils confirment et précisent les résultats qu'ils ont précédemment indiqués: ils trouvent pour la réponse d'hypotension des chiffres oscillant autour de la valeur moyenne 0 σ, 43 (c'est-à-dire 0,43 millièmes de seconde) ; la réponse de bradycardie correspond d'ordinaire à un chiffre plus élevé.

La résistance naturelle du chien vis-à-vis de la diphtérie. Est-elle due à une immunité d'origine occulte ? — MM. G. RAMON, V. ROBIN et R. RICHOU ont pratiqué des épreuves de Schick chez un certain nombre de chiens et les ont trouvées positives. La recherche de l'antitoxine diphtérique a été effectuée dans le sang de 36 chiens de races différentes et de provenances diverses, et dont l'âge varie de un à quinze ans : aucun des chiens ainsi examinés ne révèle de traces appréciables d'antitoxine diphtérique dans son sérum. L'état réfractaire du chien vis-à-vis de la diphtérie, dans les conditions naturelles, n'est donc pas dû à l'existence, chez lui, d'une immunité antitoxique spécifique dont l'origine ne pourrait être qu'occulte, cet animal n'offrant aucun signe clinique apparent d'infection attribuable au bacille de Löffler.

(A suivre). F.-M. MERKLEN.

NOUVELLES

Clinique médicale Cochin. — M. le professeur Ch. Achard reprendra ses leçons, le samedi 19 novembre 1932, à 10 h. 30 du matin. Sujet de la première leçon : « A propos de la pneumonie ». Les leçons suivantes auront lieu tous les samedis, à la même heure.

Les autres jours de la semaine, les leçons, faites avec le concours des élèves et anciens élèves de M. le professeur Ch. Achard, auront lieu à 11 heures.

Clinique des maladies infectieuses (hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur Lemierre fera la leçon inaugurale de son cours, le jeudi 24 novembre 1932, à 10 h. 30, et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le professeur Lemierre.

Les mardis et samedis, à 10 h. 30, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les collaborateurs ou assistants de la clinique: MM. J. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; Gastinel, agrégé ; J. Lévesque, Etienne Bernard, R. Garcin, F. Coste, A. Laporte, médecins des hôpitaux ; Reilly, chef de l'aboratoire de la Faculté ; Rivalier, ancien chef de clinique ; Layani-Liève, Cattan, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. Chatelier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux .

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes :

1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de sémiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses, comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement,

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit du malade ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. Reilly, chef de laboratoire ; de M. Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Cambessédès, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

La nouvelle Faculté de médecine de Paris. — On sait qu'il est question depuis deux ans de reconstruire la Faculté de médecine, devenue trop étroite pour le nombre actuel d'étudiants. Au premier abord, on aurait pu penser qu'il était facile de l'agrandir en expropriant les immeubles qui avoisinent le Musée Dupuytren. C'était sans doute impossible. On a envisagé alors le transfert de la Faculté sur l'emplacement de la Halle aux vins, puis dans les jardins de l'Observatoire, enfin sur le vaste terrain d'Issy-les-Moulineaux.

C'est ce dernier emplacement qui a été, paraît-il, définitivement choisi.

Cours de pathologie médicale. — PREMIÈRE SÉRIE (novembre-décembre). — M. Clerc, professeur : Maladies des artères, sémiologie, pression artérielle, artérites en général, aortites, coronarites.

M. Etienne Chabrol, agrégé : Pathologie du foie, des voies biliaires et du pancréas.

DEUXIÈME SÉRIE (janvier-février). — M. Guy Laroche agrégé : : Affections des glandes endocrines et du tube digestif.

M. Moreau, agrégé : Maladies du poumon et de la plèvre.

M. CLERC commencera son cours le vendredi 21 novembre 1932, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Etienne CHABROL commencera ses leçons le mard 22 novembre, à 18 heures, et les continuera les jeudis samedis et mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Cours de pharmacologie. — M. le professeur TIFFENEAU a commencé son cours le lundi 7 novembre, à 16 heures, et le continue les lundis, mercredis et vendredi suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian

SUJET DU COURS. — Médicaments du système nerveux central et périphérique.

Cours complémentaire de psychiatrie. — Ce cours aura lieu le dimanche matin à 10 h. 30, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis.

PROGRAMME. — 4 *Décembre.* — M. le professeur Claude : Généralités sur les troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence du type hébéphrénique.

11 *Décembre.* — M. le professeur Claude : Troubles psychiques du type schizophrénique.

18 *Décembre.* — M. le professeur Claude : Les dissociationss chizotiques du type hystérique et psychasthénique.

8 *Janvier.* — M. le professeur Blondel : Du suicide.

15 *Janvier.* — M. Lhermitte : L'hypocondrie.

22 *Janvier.* — M. Wallon : Les constitutions psychomotrices.

29 *Janvier.* — M. Baruk : Description générale du syndrome hébéphrénique et hénéphréno-catatonique ; ses grandes phases évolutives.

NOUVELLES *(Suite)*

5 *Février.* — M. Baruk : Le syndrome catatonique et ses degrés : sommeil cataleptique, stupeur catatonique (étude clinique et physiologie pathologique).

12 *Février.* — M. Baruk : Etiologie, pathogénie et traitement de la catatonie et de l'hébéphréno-catatonie.

19 *Février.* — M. Bourguignon : Le rôle de la chronaxie en pathologie mentale.

26 *Février.* — M. Guiraud : Vue d'ensemble sur les délires chroniques.

5 *Mars.* — M. Ey : Les facteurs affectifs de l'hallucination.

12 *Mars.* — M. Genil-Perrin.: La responsabilité pénale des paranoiaques.

19 *Mars* : M. Ombrédanne: Sur quelques problèmes de l'aphasie.

26 *Mars.* — M. Capgras : Psychose mixte : Paranoia maniaque dépressive.

2 *Avril.* — M. Lhermitte : Confusion mentale alcoolique.

30 *Avril.* — M. le professeur Dumas : Le symbole dans la psychologie normale.

7 *Mai.* — M. le professeur Dumas : Le symbole dans a psychologie pathologique.

14 *Mai.* — M. Truelle : Les amoureuses persécutrices

21 *Mai.* — M. N...

28 *Mai.* — M. Lévy-Valensi : Mentalité primitive et psycho-pathologie.

11 *Juin.* — M. Ceillier : Le problème de la responsabilité pénale.

18 *Juin.* — M. Tinel : Le rôle de l'émotion dans la genèse des maladies nerveuses et mentales.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Marion a fait la leçon inaugurale de son cours le vendredi 18 novembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continue les lundis, mercredi. et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Objet du cours. — Reins, uretère, vessie.

Cours de puériculture. — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, commencera son enseignement le jeudi 8 décembre 1932, à 5 heures, à l'École de puériculture, 26, boulevard Brune (XIVe), et le continuera les jeudis samedis et mardis suivants, aux heures indiquées ci-dessous.

Programme de l'enseignement. — *Le jeudi à 5 heures.* — I. La puériculture et ses limites. La protection de l'enfance contre la tuberculose ; méthodes générales et vaccination par le BCG.

II. Hygiène collective et sociale ; hygiène scolaire ; médecine préventine et prophylaxie des maladies contagieuses. Le centre d'hygiène de l'enfance ; méthodes de propagande et d'action.

Le jeudi à 4 heures. — Conférences complémentaires (Puériculture anténatale. Hérédité et croissance du nourrisson. Physiologie digestive et alimentation au cours de la première, de la deuxième enfance et dans la période scolaire. Prophylaxie oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, odontologique, orthopédique ; démonstration diététiques) par MM. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Lacomme, accoucheur des hôpitaux ; Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Turpin, médecin des hôpitaux ; Frey, chargé de cours de stomatologie à la Faculté ; Vitry, Trèves, anciens chefs de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire à l'École de puériculture ; Cavaillon, chef du service antivénérien à l'Office national d'hygiène ; Leclainche, chef de service à l'Office national d'hygiène.

Le mardi à 3 heures. — Consultation au dispensaire d'hygiène. Visite du pavillon d'allaitement. Examen des enfants et étude des problèmes médico-sociaux.

Le samedi à3 heures. — Consultation de prophxlaxie antituberculeuse.

A 5 heures. — Consultation de prophylaxie antisyphilitique.

Le mercredi à 10 heures. à l'hôpital des Enfants-Malades (salle de la Grande Crèche). — Consultation de nourrissons.

Visites d'établissements publics ou privés intéressant la protection de l'enfance.

Nota. — Le cours complémentaire préparatoire au diplôme de puériculture aura lieu dans le second semestre (avril-juin). Pour les renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'École de puériculture, 26, boulevard Brune.

Cours de clinique gynécologique (hôpital Broca). — M. le professeur J.-L. Faure a commencé son enseignement clinique le vendredi 4 novembre 1932, à 10 heures du matin.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 10 heures ; Opérations par M. le Dr E. Douay, chef des travaux gynécologiques.

Mardi, 10 heures : Opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur.

Mercredi, 10 heures : Visite dans les salles et consultations, par le professeur. Opérations, par M. le Dr Saint-Pierre, chef de clinique. — 11 heures : Injections de lipiodol, par M. le Dr Douay.

Jeudi, 10 heures : Consultations, par M. le Dr Douay. Opérations, par M. le Dr Saint-Pierre, chef de clinique.

Vendredi, 10 heures : Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur. — 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires), par M. le Dr Douay.

Samedi, 10 heures : Grandes opérations, par le professeur.

Consultations : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30, et sous la direction de Mme Stuhl, chef de clinique (Service de la consultation externe).

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (professeur M.-A. Gosset). — Programme de l'enseignement, fait fait avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté ; Robert Monod, D. Petit-Dutaillis, J. Charrier, Leibovici, Thalheimer et Raymond Bernard, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux ; Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes ; Georges Lœwy, A. Raiga, G. Seille et R. Sauvage, anciens chefs de clinique, et Funck-Brentano, Lecœur et Audouin, chefs de clinique.

Opérations, par le professeur : mercredi, à 10 heures.

Leçon clinique et de thérapeutique chirurgicales, par le professeur : jeudi, à 11 h. 45.

Radio-diagnostic, par M. Ledoux-Lebard : lundi et vendredi, à 11 heures.

Visite des salles, par le professeur : samedi, à 11 heures.

NOUVELLES *(Suite)*

Opérations, par les assistants : mardi et jeudi, à 9 h. 30.

Présentation de pièces, par M. Ivan Bertrand : samedi à 10 heures.

Tous les jours, à 9 h. 30, conférence de sémiologie chirurgicale.

CONSULTATIONS. — *Chirurgie générale.* — Consultation tous les jours, à 9 heures, MM. les Drs P. Barrague et Marcel Blondin, anciens chefs de clinique.

Voies urinaires. Lundi, mercredi et vendredi, 9 h. 30 : M. le Dr Petetin.

Gynécologie. Mardi, jeudi et samedi, 9 heures : Mme le Dr Francillon-Lobre.

Radiothérapie. Mardi, 9 heures : M. le Dr Ledoux-Lebard.

Curiethérapie. Vendredi, 10 heures : M. le Dr Wallon.

Electrothérapie. Lundi et vendredi, 10 heures : Mme le Dr Geismar.

Gastro-entérologie (présentation de malades). Lundi, mardi, vendredi et samedi, 10 heures : M. le Dr René-A. Gutmann.

Gastrophotographie. Mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, 8 h. 30 : M. le Dr René-A. Gutmann.

Gastroscopie. Samedi, 10 h. 30 : M. le Dr A. Moulonguet.

Gastro-entérologie. Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 9 heures : Mme le Dr Harmelin-Lines.

Gastro-entérologie. Samedi, 9 heures : M. le Dr Jahiel.

Tuberculoses chirurgicales. Mardi, jeudi et samedi, 9 heures : M. le Dr Vaudremer.

Oto-rhino-laryngologie. Lundi, 9 heures : M. le Dr Munch.

Ophtalmologie. 1er et 3e mardis, 11 heures : M. le Dr Paul-J. Petit.

Rectoscopie. Samedi, 9 heures : M. le Dr Savignac.

Bronchoscopothérapie et œsophagoscopie. Mercredi, 9 heures : M. le Dr Soulas.

CONSULTATIONS POUR LES ANCIENS OPÉRÉS DU SERVICE. — Gastro-entérologie. Samedi, 10 heures : MM. les Drs René-A. Gutmann.

Chirurgie générale. Lundi, 10 heures. M. le Dr George Lœwy.

Une consultation spéciale de gastro-enrérologie est faite dans le service, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures, par M. le Dr Lenoir, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

Une consultation spéciale des affections médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire est faite dans le service, mardi et samedi, à 9 heures, par M. le Dr Léon-Kindberg, médecin de la Salpêtrière.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu à partir du mois de juin 1933.

Il comprendra : 1° Des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le professeur Gosset ;

2° Des démonstrations à l'amphithéâtre ;

3° Des séances de chirurgie expérimentales ;

4° Des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ;

5° Des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations à l'amphithéâtre et au laboratoire de chirurgie expérimentale.

La date du cours et les droits d'inscription seront fixés ultérieurement.

Un cours complémentaire en langue anglaise d'une durée d'une semaine, réservé aux docteurs en médecine de langue anglaise, aura lieu en juillet 1933.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. — Ce cours aura lieu du lundi 5 décembre au samedi 10 décembre 1932 inclus et sera fait par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Il comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — *Lundi 5 décembre.* — 9 heures. M. le professeur Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire.

15 heures. M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales.

17 h. 30. M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 6 décembre. — 11 heures. M. le Dr Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes).

15 heures. M. le Dr Turpin : Diaphragme.

17 h. 30. M. le Dr Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 7 décembre. — 11 heures. M. le professeur Sergent : Trachée et bronches.

15 heures. M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales.

17 h. 30. M. le Dr Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 8 décembre. — 11 heures. M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses.

16 h. 15. M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumoséreuse.

17 h. 30. M. le Dr Kourilsky : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 9 décembre. — 11 heures. M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité.

15 heures. M. le Dr Durand : Scissurites et épanchements scissuraux.

16 h. 15. M. le Dr Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 10 décembre. — 11 heures. M. le Dr Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës.

16 h. 15. M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

17 h. 30. M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Dr Couvreux).

NOUVELLES *(Suite)*

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de perfectionnement du jeudi soir (Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier). — Ce cours, gratuit, est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 1er décembre 1932 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

PROGRAMME DU COURS. — *Jeudi 1er décembre.* — M. Brindeau : Considérations sur l'ostéomalacie puerpérale.

Jeudi 8 décembre. — M. Keiffer : Le problème de l'hémostase spontanée de l'utérus.

Jeudi 15 décembre. — M. Metzger : Le traumatisme accidentel n'a pas d'action sur un œuf normal.

Jeudi 22 décembre. — M. Chevallier : Quelle conduite tenir en présence d'un enfant dont les parents sont syphilitiques.

Jeudi 5 janvier. — M. Brouha : Système nerveux sympathique et fonctions génitales.

Jeudi 12 janvier. — M. Lesbouriès : Considérations sur l'avortement épizootique.

Jeudi 19 janvier. — M. Lantuéjoul : Quelques observations de mort inexpliquée du fœtus et du nouveau-né.

Jeudi 26 janvier. — M. Manouélian : Phagocytose intraplacentaire des tréponèmes.

Jeudi 2 février. — M. Lemeland : Considérations sur les tumeurs malignes de l'utérus de provenance ovulaire.

Jeudi 9 février. — M. J.-Lè Faure : Traitement des fibromes utérins.

Jeudi 16 février. — M. Vaudescal : Considérations sur les symphyses pelviennes pendant la grossesse.

Jeudi 23 février. — M. Hinglais : Des propriétés de l'hormone anté-hypophysaire et folliculaire dans les rapports avec la clinique.

Jeudi 2 mars. — M. Nattan-Larrier : Considérations nouvelles sur le passage des anticorps à travers le placenta.

Jeudi 9 mars. — M. Kœnig : Considérations sur le traitement du prolapsus utérin.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

La stérilisation volontaire opératoire des femmes est un crime en Allemagne. — Un jugement rendu récemment par le tribunal de Offenburg (Allemagne), qualifie la stérilisation artificielle de lésion corporelle grave et édicte la peine d'un an de prison contre le Dr Karl Merk, de Khel, principal accusé.

Il s'agissait, dans ce procès, de quarante et une femmes que le Dr K. Merk, médecin-chef de l'hôpital municipal de Kehl, a stérilisées.

L'opération eut lieu, dans les quarante et un cas, sans aucun accident. Le Dr Merk a invoqué des raisons médicales pour la justification des stérilisations opérées par lui. Le tribunal n'ayant pas admis dans la majorité des cas le bien fondé de l'indication médicale invoquée, la plupart des observations cliniques n'ayant pu être produites par l'inculpé, a prononcé contre l'accusé la peine d'un an de prison pour lésions corporelles graves.

Les assistants de l'accusé ont été respectivement frappés des peines de six mois et de six semaines de prison

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour la nomination de médecin-chef de la maternité des hôpitaux de Chartres.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin. Clinique médicale, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux (49, rue des Saint-Pères), 10 heures. M. ETIENNE BERNARD : La part nerveuse de l'asthme et son traitement.

20 NOVEMBRE. — *Gap.* Dernier délai d'inscription pour le concours d'inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Alpes.

21 NOVEMBRE. — *Villes de Faculté.* Concours d'agrégation, histoire naturelle et parasitologie.

22 NOVEMBRE. — *Marseille.* Concours de clinicat de chirurgie infantile.

NOUVELLES *(Suite)*

23 Novembre. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de médecin sous-lieutenant à nommer dans l'armée.

23 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

23 Novembre. — *Paris.* Clinique propédeutique. Hôpital de la Charité, 10 heures. M. le professeur Sergent : Leçon clinique.

23 Novembre. — *Paris.* Asile clinique, 10 heures. M. le professeur Claude : Leçon clinique.

23 Novembre. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur Lereboullet : Leçon clinique.

24 Novembre. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur Lemaire : Leçon clinique.

24 Novembre. — *Paris.* Clinique des maladies infectieuses, 10 h. 30. M. le professeur Lemierre : Leçon clinique.

24 Novembre. — *Paris.* Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur Rathery : Leçon clinique.

24 Novembre. — *Paris.* Hôpital Beaujon, 10 h. 30. M. le professeur Jeannin : Leçon clinique.

24 Novembre. — *Paris.* Mairie du VIe, 20 h. 30. Société végétarienne. M. le Dr Jules Grand : Conseils pratiques, mastication. M. le Dr Quénisset : Influences cosmiques et végétarisme.

25 Novembre. — *Rouen.* Concours d'internat en pharmacie des hôpitaux de Rouen.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 h. M. le professeur Couvelaire : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur Terrien : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur Ombrédanne : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique des maladies nerveuses. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur Guillain : Leçon clinique.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Ambroise, 10 h. 30. M. le professeur Besançon : Rhumatisme et tuberculose.

25 Novembre. — *Paris.* Clinique gynécologique. Hôpital Broca, 10 heures. M. le professeur J.-L. Faure : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur Achard : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

26 Novembre. — *Lyon.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin de l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var).

27 Novembre. — *Paris.* Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des SaintsPères), 10 heures. M. le Dr Tzanck : Biophylaxie, importance thérapeutique.

29 Novembre. — *Paris.* Assistance publique, 9 heures du matin. Concours d'électroradiologiste des hôpitaux.

30 Novembre. — *Paris.* Maison de la Mutualité (24, rue Saint-Victor), Fête du vingt-cinquième anniversaire de l'Association amicale des médecins des asiles d'aliénés de France, à 21 heures. Pour les cartes, s'adresser à M. le Dr Demay, asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

1er Décembre. — *Paris.* Concours de professeur suppléant à la chaire de chimie de l'Ecole de médecine de Rennes.

1er Décembre. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.

1er Décembre. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 h. M. le professeur Claude : Importance sociale de l'hygiène mentale.

2 Décembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur Besançon : Arthrite protéinique.

3 Décembre. — *Lyon.* Bal de l'Association générale de l'internat des hôpitaux de Lyon.

4 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur Claude : Troubles psychiques du type hébéphrénique.

4 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr Lévy-Valensi : Généralités. Examen d'un psychopathe.

4 Décembre. — *Paris.* Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr Abrami : Mécanisme de la crise d'asthme.

7 Décembre — *Paris.* Parc des expositions, 9 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

8 Décembre. — *Paris.* Mairie du VIe, Société végétarienne, 20 h. 30. M. J. Morand : Savez-vous la vérité définitive sur l'alimentation humaine? — M. Knap : La chair des animaux, état second de la matière.

8 Décembre. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr Lévy-Valensi : Hygiène prénatale.

10 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier nier délai des candidatures aux places vacantes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie.

11 Décembre. — *Paris.* Amphithéâtre de l'Assistance publique, 10 heures. M. le Dr Lesné : Le diabète sucré chez l'enfant.

11 Décembre. — *Limoges.* Clôture de registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine de Limoges.

11 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr Lévy-Valensi : Obsessions. Perversions.

11 Décembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h.30, M. le professeur Claude : Troubles psychiques du type schizophrénique.

12 Décembre. — *Lyon.* Concours de chef des travaux pour le 7e enseignement médecine à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

14 Décembre. — *Le Puy.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux du Puy.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

M. LE Pr GUÉNIOT, MÉDECIN CENTENAIRE, REÇOIT LES HOMMAGES DE SA BONNE VILLE DE PARIS ET DE SES PAIRS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un jour, le chroniqueur de *Paris médical* recevait une plaquette dédicacée de façon charmante ; le signataire en était le professeur Guéniot et le titre : *Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours...*

Nous venions, en effet, d'analyser ces pages, véritable autobiographie de l'auteur, hymne à la sobriété et à l'accomplissement de toutes les vertus. Mais voici que Maurice de Waleffe, au moment d'interviewer l'aimable centenaire, écrit :

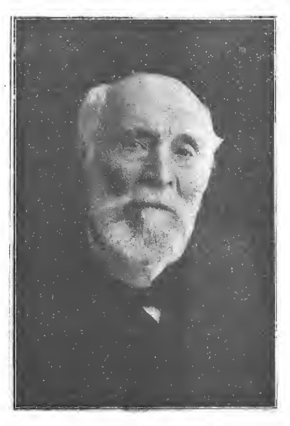
« On comprend que ses collègues — car il est membre de l'Académie de médecine (il en a même été président : *voyez le joli portrait daté de 1885, cinq années après son élection*) — s'assemblent pour le féliciter de faire aux blasphémateurs de leur art, depuis Molière jusqu'à Jules Romains, la seule réponse péremptoire qui est de prouver le mouvement en marchant et la médecine... en ne mourant pas. »

Et le journaliste distingué de *Paris-Midi*, à qui nous devons tant de savoureuses lignes, interroge M. le professeur Guéniot. Le régime alimentaire, vous vous en doutez bien, fait partie de l'interrogatoire serré que nous nous devons de poser à une célébrité médicale : «... L'alcool ? en apéritif, c'est un poison, mais un tout petit verre — *trois à quatre cuillerées à café* — après le repas, par-ci, par-là, sans en faire une habitude, peut aider à la digestion... » Et d'un.

Je me figure aisément que M. de Waleffe demande quelles sont les liqueurs préférées de l'académicien. La réponse nous sera donnée un autre jour... Mais la délicate question attendue de



Le Dr Guéniot, en 1885.



Le Dr Guéniot, en 1932.

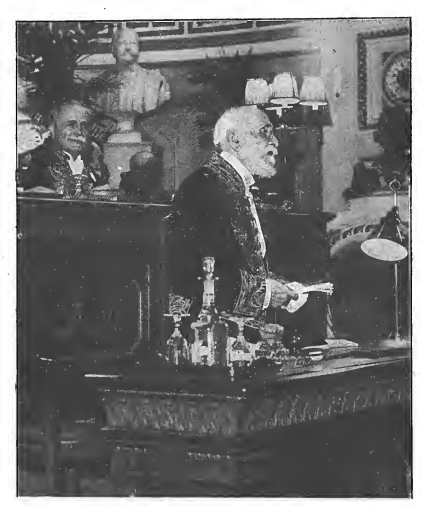
« tous » les lecteurs) est enfin posée... « L'hygiène du mariage ? Se marier jeune, » bien que M. Guéniot confesse qu'il n'a pu le faire qu'à quarante-deux ans. Quatre enfants font sa joie. L'un est professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et l'autre... notre maître espère vivre assez pour le voir amiral. « Quant à l'hygiène sexuelle en général, j'estime qu'à partir de soixante-cinq ans, l'homme qui fait encore des dépenses de force dissipe son capital. » Quelle condamnation pour le maréchal de Richelieu qui, gouverneur de Guyenne et de Gascogne, se maria, pour la troisième fois, à quatre-vingt-deux ans, et pour les émules du fringant duc de Fronsac !

Le point d'interrogation qui termine la conversation de M. de Waleffe nous laisse rêveur quant

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

à l'acceptation de l'auteur de l'article et de ses lecteurs pour les leçons qui leur sont si simplement offertes.

« Les grands records (de vieillesse) sont aux mâles... aux mâles, à condition, vous l'avez entendu, d'être chaste et sobre. Jamais de jolies femmes. Jamais de bons dîners. Voilà la recette : en voulez-vous ? »... — Réponse, s. v. p...



Le Dr Guéniot adresse ses remerciements aux orateurs qui ont célébré son centenaire, le 8 novembre 1932, à l'Académie de médecine.

Or, la rue Bonaparte, ce jour-là, revêtait un aspect inaccoutumé. D'imposantes forces de police assuraient, sans aucune discrétion, le service d'ordre «*Avancez, circulez*», tels étaient les vocables qui surmontaient les bruits infernaux des appels d'automobiles qu'accompagnaient, dans un autre ton, les crissements des coups de frein brusques, surtout à l'angle de la rue des Arts. Un groupe d'étudiants coiffés (je m'excuse de ne savoir pourquoi) du casque des pompiers de Nanterre, allaient et venaient aux bras, gentiment arrondis, de gracieuses midinettes... et les voitures de maître et les simples taxis ne cessaient de s'arrêter. Les initiés étaient l'objet de la part des cinéastes, des journalistes, des photographes de mille et une questions. « Les noms, les noms, s'il vous plaît », et de leur part, je vous l'affirme, il n'était nullement question de ceux qui, voici près de quarante-cinq ans, étaient voués aux gémonies par le bon peuple de Paris, qui, depuis, a rendu justice au grand Français que fut Ferdinand de Lesseps.

— Les noms, les noms ?

Mais ces noms sont ceux des personnalités qui se font un devoir légitime de se trouver partout où se retrouve l'expression du clair génie français, de la pensée française, du cœur français. Les noms, ici, étaient ceux des éminents collègues du professeur Guéniot à l'Académie de médecine. Au hasard, ceux d'abord qui sont « les apprentis centenaires ». Quel joli mot de ce reporter anonyme d'un journal qui l'est beaucoup moins. Profes-



MYCOLYSINE
DU DOCTEUR DOYEN
STIMULE
LA PHAGOCYTOSE
GRIPPE · MALADIES
INFECTIEUSES
LABORATOIRES
LEBEAULT
5, RUE BOURG-L'ABBÉ
PARIS
LÉON ULLMANN

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

seur Hayem, avec ses quatre-vingt-douze ans, bien sonnés ; professeur Pinard qui en a plus de quatre-vingt-cinq ; professeur Bazy dont la haute vient représenter son administration. De nombreuses dames, jeunes et un peu moins jeunes, accompagnées de messieurs de tout âge...

Paris, 9 9bre 1932.

Cher Monsieur,

Merci d'abord, pour m'avoir applaudi puisque cela signifie cordialité et amitié.

Ensuite, pour répondre à votre désir, ci-joint :

2 photos, une récente dont l'artiste fabriquant (Mr Jacques Boyer, 6bis rue St Paul) réclamera, comme droit d'auteur, 30f en en tirant un exemplaire) — La 2e, plus réduite, date de 1885 — 5 ans après mon entrée à l'Académie.

Agréez, cher Monsieur, l'amicale expression de mes meilleurs sentiments

Guéniot

Lettre écrite par le Dr Guéniot, le lendemain de la séance de l'Académie de médecine, où a été célébré son centenaire.

taille et le magnifique écorce font songer à un chêne dont la robustesse augmente avec l'âge.

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique,

Le frou-frou des robes plus longues (en attendant qu'elles ne redeviennent à la mode de 1930) cesse ainsi que le murmure des conversations. Le professeur Guéniot s'avance au bras du général

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

Gouraud, fils du Dr Gouraud, médecin des hôpitaux de Paris et ami et collègue du professeur Guéniot. Splendides figures de deux grands soldats qui, tous deux, dans leur sphère si dissemblable, ont cependant magnifiquement œuvré pour que la France soit plus belle, plus libre, plus fière de répandre ses sentiments à travers le monde Joli document que cette photographie de la séance

ACADÉMIE DE MÉDECINE
16, rue Bonaparte

SÉANCE DU MARDI 8 NOVEMBRE 1932, A TROIS HEURES PRÉCISES
SOUS LA PRÉSIDENCE DE
M LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
EN PRÉSENCE DE
M LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
et avec la participation de la MUNICIPALITÉ DE PARIS

CÉLÉBRATION DU CENTIÈME ANNIVERSAIRE
DE LA NAISSANCE de M. le Dr ALEXANDRE GUÉNIOT
ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE

(VOIR AU DOS) INVITATION *Le Secrétaire général,* CH. ACHARD.

Les portes seront ouvertes à 2 heures 1/4

Carte d'invitation à la séance de l'Académie de médecine, en l'honneur du Dr Guéniot, le 8 novembre 1932.

M. le ministre de l'Education nationale (maître de Monzie, du barreau de Paris) a prestement monté le grand escalier d'honneur. Il va présider cette séance solennelle, ayant à ses côtés M. le professeur Meillère, l'illustre chimiste et président actuel de l'Académie de médecine, et avec lui tous les anciens présidents et encore tous les membres du bureau de la noble Compagnie. Nous reconnaissons, face au ministre, le héros du jour et le héros de la guerre, et non loin, M. le ministre de la Santé publique, M. Justin Godart, et encore les membres de la famille de M. Guéniot, dont son fils, accoucheur des hôpitaux de Paris, comme le père, et agrégé à la Faculté ; M. de Fontenay, président du Conseil municipal de la Ville de Paris, représente « la Cité » avec M. Ambroise Rendu, l'un des vétérans des luttes municipales où, toujours, il a été vainqueur ; Mme Curie, membre de l'Académie ; M. le ministre Paul Strauss ; et, s'amenuisant dans son manteau, M. le Dr Roux (de l'Institut Pasteur), M. Roux dont l'état de santé est un défi à la médecine...

Je ne puis citer tous nos éminents maîtres. Tous avaient tenu à honneur d'être là...

LA MUNICIPALITÉ DU VIIE ARRONDISSEMENT DE PARIS, LES ÉCRIVAINS DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE PRIENT M

DE BIEN VOULOIR HONORER DE SA PRÉSENCE LA MANIFESTATION ORGANISÉE LE JEUDI 10 NOVEMBRE, A 11 HEURES PRÉCISES DU MATIN, MAIRIE DU VIIE ARRT (RUE DE GRENELLE), SOUS LA PRÉSIDENCE DE MONSIEUR JUSTIN GODART, MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, POUR CÉLÉBRER LA CENTIÈME ANNÉE DU

DOCTEUR ALEXANDRE GUÉNIOT

Carte d'invitation à la manifestation du 10 novembre 1932.

De mémoire de journaliste, sauf peut-être pour le centenaire de la mort de Laennec, il n'avait été une pareille affluence à la tribune de la Presse. Tous étaient là, et ceux qui représentent et le matin et le soir et le midi du journalisme d'information et tous leurs camarades et tous nos collègues de la presse médicale. Vitoux, notre doyen, arrivait en retard. On lui donne son « papier ». J'entends les débuts d'un papier qu'il portera de son pas menu et jamais pressé et qui arrive habituellement à l'heure. Un éclat des lampes silencieuses et voici une, cinq, dix photographies prises que, dans deux heures, nous verrons reproduites sur nos grands quotidiens. Que de documents vivants pour l'historien si, au temps où « Monsieur Pasteur » présentait à l'Académie la preuve de l'existence des bactéries septiques, il était loin de rencontrer une un animité de sentiments aussi touchante que celle dont nous sommes les témoins émus, nous avions eu les reporters photographes !...

On entend M. le Président en exercice, professeur Meillère, remercier deux des ministres du Gouvernement de la République d'avoir voulu associer le Parlement tout entier à l'hommage rendu au savant centenaire. A M. le professeur Achard, secrétaire perpétuel, de prendre la parole. (L'avez-vous remarqué ? le professeur Achard, bien que membre de l'Institut, lit sans lunettes).

Vaccin
antigonococcique
DEMONCHY

C'EST UN PRODUIT **BUISSON** 157, RUE DE SÈVRES PARIS





CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

Sa voix grave, sa parole châtiée, son style très pur nous vaut une belle page d'anthologie. Son rôle est souvent de prononcer les éloges funèbres de ceux qui ne sont plus, mais dont les ombres familières assistent, invisibles mais présentes, à la fête du jour.

M. Achard évoque encore la haute personnalité de M. Chevreul : ce dernier partage avec M. Guéniot la gloire d'avoir été centenaire et académicien. Le souvenir de Pasteur est rappelé par M. le professeur Bar : à juste titre, car la carrière obstétricale du professeur Guéniot eut à bénéficier des immortelles découvertes de celui à qui l'on doit d'avoir sauvé tant de mères, tant d'enfants... et l'orateur d'exalter la vie virgilienne de M. Guéniot ce maître qui, va ajouter M. le professeur Pierre Duval, fait partie, depuis soixante-quatre ans, de la Société nationale de chirurgie : au nom de sa Compagnie, M. Pierre Duval apporte tous ses vœux au centenaire.

Cent ans ! un monde, plus et mieux qu'un siècle, paraphrase M. le Dr Mourier, directeur de l'Assistance publique. Externe, interne, chirurgien des hôpitaux, M. Guéniot a été l'élève ou le collaborateur des Nélaton, Velpeau, Malgaigne, Ricord. Quelle pléiade ! Pourquoi nos fils ne connaissent-ils pas davantage ces noms ? Oui, pourquoi ? Les morts, nos morts s'en vont-ils trop vite ?... cependant ne nous est-il pas souvent rappelé que l'humanité est faite de plus de morts que de vivants ?...

Faudrait-il reviser cet axiome ?

Mæterlinck est cité fort à propos : une telle vie est un sourire, une leçon, un acte de foi...

M. Ambroise Rendu n'avait plus qu'à ajouter quelques mots à cette citation pour être dans la note exacte : le doyen du Conseil municipal de Paris n'y manqua pas, au nom de tous ses administrés du quartier de Saint-Thomas dont M. Guéniot est l'ami de toujours.

Une haute stature d'officier de cavalerie, je parle de M. de Fontenay, se profile sur les ors des costumes des académiciens siégeant au bureau. Au nom de la Ville de Paris, il est remis au vénéré maître la médaille grand module, destinée à ceux qui ont bien « servi » la capitale de la France.

On ne pouvait qu'attendre un discours spirituel de la part de M. de Monzie. M. de Monzie ne déçut pas l'assistance d'élite qui siégeait dans l'amphithéâtre, beaucoup trop petit, ce jour-là... Le ministre y souligna l'optimisme du « récipiendaire », si j'ose dire, optimisme qui doit être l'apanage du médecin...

Médecin ! M. le professeur Guéniot l'a été de toute sa science et de toute sa conscience. A voir cet homme gagner, sans canne, la tribune où on allait l'acclamer, à le voir essayer de lire, sans lunettes, les lignes écrites, *si nettement de sa main*, — l'autographe que *Paris médical* a la bonne fortune de publier en est la preuve évidente, d'autant plus que cette lettre est *datée et signée* du lendemain de l'apothéose — (écriture sans ratures) ; à le voir, d'abord, céder un instant à l'émotion puis la surmonter, et tantôt à la manière d'un pastel de Latour nous faire l'histoire de l'aménagement de l'ancienne académie ; tantôt en pointes sèches, à la Helleu, en un raccourci elliptique, narrer certains souvenirs ; nous rappeler qu'il y eut un ministre assez peu conscient de ses fonctions pour aller « jusqu'à ne pas faire de promesses à un solliciteur » ; à le voir *si jeune encore*, on souhaiterait de devenir centenaire, mais seulement à cette condition.

Ecoutons M. le professeur Guéniot nous donner ces sages avis :

« *C'est dans la voie commune du « bon sens » qu'il importe de chercher l'Ordre et la Sécurité.* »

Notre grand Bordeu n'eût pas écrit autre chose !

Dr MOLINÉRY.

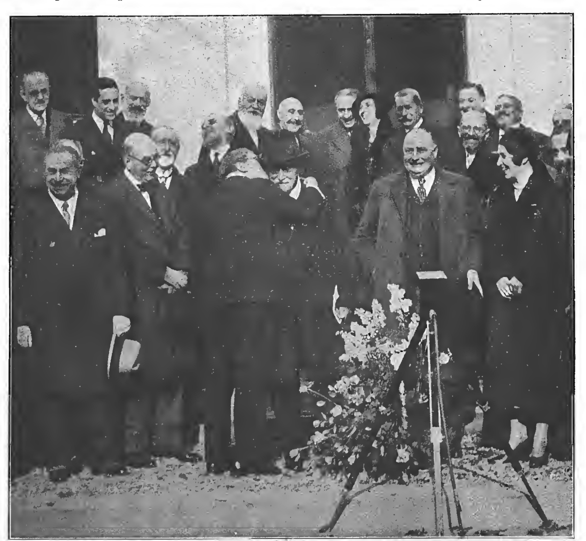


CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

LE CINQUANTENAIRE DE LA THÈSE DE MÉDECINE DU DOCTEUR ÉDOUARD BRANLY, AGRÉGÉ DE PHYSIQUE, DOCTEUR ÈS SCIENCES PROFESSEUR A L'INSTITUT CATHOLIQUE DE PARIS

Le mercredi, 9 novembre 1932, à dix-neuf heures quinze, le poste « Radio L-L » émettait dent. C'est le même homme, type de beau lutteur de la vie, qui prononçait à « Radio L L» le discours expliquant au monde par les ondes du « sans fil », la genèse d'une manifestation faite en l'honneur de celui qui avait, précisément, découvert « le principe de la transmission des ondes ».

Or, Édouard Branly est un grand silencieux.



Le 8 novembre 1932, l'Umfia a fêté le cinquantenaire de la soutenance de la thèse de doctorat en médecine du professeur Branly.
Le Dr Dartigues donne l'accolade au professeur Branly.
De gauche à droite, au premier rang : le Dr de Parrel, le professeur Roule, le Dr Blondel, le Dr Bongrand ; à la gauche du professeur Branly, le doyen Balthazard. Dans le fond, de droite à gauche : le Dr Georges Baillière, le Dr Chauvais, le Dr Delaunay, Mme Touron-Branly, M. Touron-Branly, le Dr Bandelac de Parienti, le Dr Noir.

que l'Union médicale latine avait célébré, la veille au matin, dans une intimité voulue, le cinquantenaire de la soutenance de thèse du Dr Édouard Branly. L'initiative de cette manifestation revient tout entière au Dr Louis Dartigues, fondateur de l'Umfia (Union médicale latine) et à son conseil d'administration qui approuva, pleinement, les directives de son prési-

Tout a été dit sur la vie de Branly et l'Union médicale latine s'est montrée fidèle à son programme en exaltant la découverte française d'un latin « vainqueur de la matière... homme qui a donné la preuve la plus profonde des possibilités indéfinies de l'ascension sans fin de notre pauvre nature vers les sphères les plus divinement sublimes ».

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

Qui savait, en dehors du cénacle, que Branly fût médecin ? Et comme il faut louer M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, de s'être rendu, si simplement, à l'invitation qui lui fut adressée par le Dr Dartigues, d'assister à la commémoration de la soutenance de thèse d'un « docteur de la Faculté de Paris ». Il faut louer de même M. le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, d'avoir écrit, dans le numéro spécial de l'*Umfia*, l'adresse que déjà beaucoup ont lue et de s'être trouvé à nos côtés, avec son trésorier, M. le Dr Bongrand, pour représenter l'unanimité, peut-on dire, des praticiens français !

Il y a cinquante ans, en effet, que le Dr Édouard Branly, après être passé par Normale supérieure, en être sorti agrégé de physique, après avoir soutenu une thèse en Sorbonne qui lui conféra le titre envié de docteur ès sciences, présenta, devant un jury de l'École de médecine, une thèse sur *le dosage de l'hémoglobine dans le sang par les procédés optiques.*

Dans une biographie consacrée, dans l'Umfia, à l'illustre savant, mon ami le Dr Dartigues raconte (le tenant de M. Branly lui-même) que celui-ci songea, sa thèse médicale passée, à continuer ses études afin d'aller jusqu'à l'agrégation de médecine. Un professeur, dont nous ne voulons pas rappeler le nom, lui interdit même de se présenter, commettant, ainsi que le dit M. Branly, « un véritable abus de pouvoir »...

Imaginez un instant le lustre nouveau qu'en eût



(Cliché de l'Umfia). *(Dessiné par Billis 1932)*

Professeur Édouard BRANLY,
Membre de l'Institut.

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

retiré notre vieille École de médecine, si le physicien que nous connaissons avait pu, dans un laboratoire qui lui était nécessaire, poursuivre toutes les recherches qu'il possédait en germe et dont la découverte eût rejailli sur les antiques colonnes du Temple !

L'abbé d'Hulst (plus tard Mgr d'Hulst, prédicateur célèbre de Notre-Dame) dirigeait les destinées de l'Institut catholique. Ce grand psychologue avait compris la valeur du jeune physicien. Grâces lui en soient rendues ! Car, malgré le modeste aménagement de son laboratoire dans un dortoir désaffecté dont « le provisoire dura cinquante ans », il a été possible à M. Édouard Branly de poursuivre ses recherches avec l'aide de son « chef de laboratoire », Mme Bergère, qui balayait et époussetait ce qu'elle pouvait... Aujourd'hui, M. Coty s'est honoré en offrant à

Excusez ma franchise, j'ai
beaucoup de sympathie pour
votre personne et pour tout le reste.
Nous sommes faits pour nous entendre.
Je lis avec plaisir votre Journal
de Physicothérapie dont les
doctrines si prudentes et si médicalement
scientifiques sont complètement
d'accord avec mes propres opinions.
Veuillez croire, Cher Confrère,
à mes sentiments bien dévoués

E. Branly

10 Déc. 1905

Extrait d'une lettre du professeur Branly, en 1905.

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

M. Branly un laboratoire digne de l'homme.

Nous eûmes le très grand honneur, il y a cinq ans, d'être présenté à M. Branly par le Dr Dartigues. Le but de notre visite était de prier le professeur de présider l'un de nos dîners d'automne. On sait que le fondateur de l'*Umfia* s'était lié de 1896 à 1900 avec M. Branly, quand tous deux fréquentaient les services de Polaillon à l'Hôtel-Dieu, de Pozzi à Broca, de Paul Segond à la Salpêtrière. Imagine-t-on le charme d'une pareille collaboration ?

Introduits par Mme Bergère, nous fûmes immédiatement en contact. L'homme, que nous entourions d'une respectueuse déférence et dont le nom devrait être répété, des millions de fois par jour, par tous les « sans filistes » du monde, était devant nous tel que, hier encore, le dépeignait M. Gaétan Sanvoisin dans l'article de *Figaro :*

« *Le visage n'a pas changé. Derrière les lunettes à la modeste monture de métal, le regard qui s'est penché sur de si minutieuses expériences est attentif et prompt; la moustache blanche, coupée court, donne plus de douceur encore au visage serein et coloré; le faux-col et la cravate sont pareils ainsi que le plastron de la chemise à ceux de Clemenceau : veston noir, gilet noir, pantalon noir et les mains agiles qui ont fixé l'élément initial des transmissions d'onde se croisent sur la poitrine, d'un geste familier, puis, pour souligner une phrase, se tendent, souples et fermes, un peu en avant du buste, toujours droit.* »

Et pour nous, une fois encore, le maître voulut bien conter comment il avait fait sa découverte :

« *Dans une salle de cours, j'avais placé un éclateur à étincelles. Ici même où je suis, et, à trois pièces plus loin, c'est-à-dire à vingt-cinq mètres, j'avais formé un petit circuit fermé composé d'une pile, d'un galvanomètre et d'un tube de verre comprenant de la limaille métallique. Il n'y avait aucune liaison matérielle entre l'éclateur à étincelles et le circuit.*

« *Or, si une étincelle était produite à l'éclateur, la limaille du tube de verre devenait conductrice et le galvanomètre accusait une déviation qui indiquait le passage du courant. Si l'on imprimait un léger choc sur le tube de verre à limaille, le courant était supprimé; mais une nouvelle étincelle de l'éclateur le rétablissait. J'avais réalisé, en quelque sorte, l'appareil transmetteur et l'appareil récepteur de la télégraphie sans fil. L'idée des antennes ne vint que plus tard...* »

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

Nous empruntons au dernier numéro de l'*Umfia*, publié en l'honneur de M. Édouard Branly, les lignes suivantes : Car il faut que l'annaliste marque cependant que si le Gouvernement français n'a pas offert titres et couronnes — et moins encore de dotation — à un savant français, quelques distinctions honorifiques lui ont été décernées...

A la suite de ses travaux, le professeur Branly est proclamé lauréat de l'Académie des sciences, en 1898, avec le prix Houllevige ; grand prix à l'Exposition universelle de 1900.

Il est nommé chevalier de la Légion d'honneur avec la mention au *Journal officiel : « A découvert le principe de la télégraphie sans fil » ;* lauréat de la Société d'encouragement à l'industrie nationale qui lui décerna en 1910 son prix d'Argenteuil. En 1910, il est nommé membre associé à l'Académie royale de Belgique. En 1911, il est nommé membre de l'Institut de France dans la section de physique de l'Académie des sciences.

M. le professeur Édouard Branly, docteur en médecine, est commandeur de la Légion d'honneur depuis 1923.

***

Et c'est au matin du mardi 8 novembre 1932, à 11 heures très précises, que l'Union médicale latine, représentant les trente nations latines d'Europe et d'Amérique, a tenu à honneur de fêter le Jubilé médical de M. Branly.

Le Dr Dartigues, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, président-fondateur de l'*Umfia* ou Union médicale latine, s'est donc rendu auprès du Dr Branly, dans son nouveau laboratoire, accompagné du doyen de la Faculté de Paris, le professeur Balthazard ; du professeur Roule, du Muséum, le grand biologiste, l'auteur de cette œuvre admirable : *Le Monde vivant des eaux*, qui est aussi médecin ; du Conseil d'administration de l'Union médicale latine, en particulier du Dr Gaullieur l'Hardy, du Dr Bandelac de Pariente, vice-présidents ; du Dr Eugène Delaunay ; du Dr Molinéry, secrétaire général ; du Dr Dausset, secrétaire adjoint ; du Dr Noir, directeur du *Concours médical* ; du Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, et d'une cinquantaine de représentants de l'Union médicale latine, de la presse médicale et de la grande presse, parmi lesquels les Drs Foveau de Courmelles, président de la Presse scientifique ; Dr Rivière, Dr Gardette, Dr Debat, Dr Chauvois, Dr Cambiès, Dr Jaylep, Dr Fiessinger, Dr Crinon, Dr Blondel, Dr Baillière (au nom de *Paris médical*) ; M. Forest, directeur de l'*Animateur des temps nouveaux* ; M. Tournon, gendre de M. Branly, sur les plans de qui a été édifié le nouveau laboratoire ; M. Vidal, chroniqueur de Radio L. L. (1).

La cérémonie a été grande dans sa noble simplicité. Après avoir offert une belle corbeille de fleurs aux couleurs nombreuses de la Latinité, le Dr Dartigues a présenté au Dr Branly un numéro de la *Revue de l'Union médicale latine*, entièrement consacré à la vie et à l'œuvre de cet illustre savant, au nom des 100 000 médecins du monde latin, des 25 000 médecins français, des 5 000 médecins membres de l'Union médicale latine. Ce numéro contient les adresses des Drs Bellencontre, Dartigues, Molinéry, Dausset.

Aussi ne fut-il pas prononcé de discours ; comme le dit le Dr Dartigues au Dr Branly : *« Tout ce qui pouvait être dit par nous est dans cette revue et le reste est inexprimable ! »*

Après que le doyen de la Faculté de médecine et le président fondateur de l'Union médicale latine lui eurent donné l'accolade, tous les membres présents serrèrent la main du merveilleux savant.

Dans cette belle revue se trouve rappelé le texte de la première dépêche par T. S. F. envoyée dans le monde par Marconi, en 1899, des côtes d'Angleterre aux côtes de France, de Douvres à Wimereux, ainsi conçu : « MARCONI ENVOIE A M. BRANLY SES RESPECTUEUX COMPLIMENTS A TRAVERS LA MANCHE, CE BEAU RÉSULTAT ÉTANT DU EN PARTIE AUX REMARQUABLES TRAVAUX DE M. BRANLY. » Il est à remarquer, comme l'a écrit le Dr Dartigues, que « ce sont deux pays de la Latinité, représentés par le Français Branly qui fit les premières expériences, l'autre par l'Italien Marconi qui réalisa l'application pratique, qui ont donné au monde cette splendide découverte qui sert à l'humanité tout entière. Le Dr Dausset, dans un très bel article contenu dans cette même revue, s'est attaché à montrer les conséquences au point de vue thérapeutique médicale de la découverte de la T. S. F. Il est hors de doute que si Branly avait consacré à la médecine les forces de son puissant cerveau, il eût sans doute résolu plusieurs des problèmes des plus importants de la science et de l'art de guérir. »

Cette cérémonie a été digne du génial savant, aussi modeste et désintéressé que très grand. Le corps médical, à l'initiative de l'Union médicale latine qui eut, il y a vingt ans, comme présidents d'honneur fondateurs français, le Dr Georges Clemenceau, le Dr Charles Richet et le Dr Branly,

(1) Nous avons reconnu de la grande presse d'information : MM. Bouquet, du *Temps* ; Farez, des *Débats* ; Blondel, du *Journal* ; Ghilini, de l'*Intransigeant*; Forest, de l'*Animateur des temps nouveaux*; *Figaro*, *Ami du Peuple*, *Petit Parisien*, *Matin*, *Semaine à Paris*, etc.

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

a tenu à montrer sa légitime fierté de compter, dans son sein, un des plus grands génies de l'humanité et un des plus grands Français. Honneur à Branly, à la fois physicien et médecin, qui est l'une de nos plus pures gloires.

***

Et au soir de cette mémorable journée où l'Académie de médecine offrait officiellement ses hommages, en même temps que la Ville de Paris, à M. le professeur Guéniot, âgé de cent ans, nous devisions avec Chauvois, Rivière, Foveau de Courmelles et Dartigues de la cérémonie du matin.

Rivière avait tenu à nous réunir en gentilhomme de la médecine, autour d'une table que Brillat-Savarin eût aimée.

Joseph Rivière et Foveau de Courmelles ont été, eux aussi, deux précurseurs : l'un dans l'étincelage et l'autre dans l'application de l'électricité en gynécologie. Tous deux s'honorent d'avoir été en relations scientifiques avec le maître incontesté qui a nom Édouard Branly. Nous avons feuilleté, avec respect, les lettres que ce dernier adressait à l'un et à l'autre de ses deux correspondants : le Dr Joseph Rivière qui fut aussi le premier dans ses *Annales de physicothérapie* à écrire quel retentissement aurait, dans le monde, le principe de la découverte de M. Branly, et le Dr Foveau de Courmelles que M. Branly appelle « l'ami de la première heure et de toutes les heures ».

On nous saura gré de reproduire ici la photographie d'une lettre bien caractéristique du maître que nous fêtons.

***

Quelle gloire pour la Ville de Paris et l'Académie si toutes deux avaient pu associer, au cours d'une même manifestation, et le cinquantenaire de la thèse de l'un des plus grands physiciens dont s'honorera l'humanité et les cent ans d'un homme, médecin lui aussi, qui, par sa volonté — Dieu aidant — a vaincu, lui aussi, la matière...

Dr MOLINÉRY (Luchon).

ÉCHOS

Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat. — La réunion du Comité de l'Assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine a eu lieu le vendredi 5 octobre dernier à la Faculté de médecine de Paris.

Après discussion des diverses questions mises à l'ordre du jour (Assurances sociales et enseignement clinique, réforme des études médicales, agrégés sans enseignement, professeurs patentés, traitement des chefs de clinique, familles nombreuses), les vœux suivants ont été adoptés :

1° Considérant qu'il est préjudiciable à l'intérêt général que les agrégés parvenus au terme de leurs fonctions perdent tout contact avec la Faculté au moment où ils ont acquis une pratique et une expérience réelles de l'enseignement ;

Considérant aussi qu'il n'est pas équitable qu'ils soient ainsi privés de tous droits à une retraite pour laquelle ils ont régulièrement versé jusqu'alors,

L'Association émet le vœu que les agrégés arrivés au terme de leurs fonctions, et selon une modalité à étudier, continuent à faire œuvre d'enseignement (notamment participation aux examens pratiques et théoriques) et soient autorisés à continuer leurs versements pour la retraite sur la base de leur traitement d'ancien agrégé.

2° Considérant que l'enseignement de la médecine, fondement nécessaire de la formation professionnelle du praticien, ne peut être réalisé, si le recrutement des malades dans les hôpitaux publics cesse d'être convenablement assuré,

L'Association émet le vœu, que l'article 31, paragraphe 1 de la loi du 5 avril 1928, complétée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, soit modifié comme suit ; « Dans tous les cas, la construction et l'aménagement des établissements hospitaliers de prévention et de cure ne pourront s'effectuer dans les villes où siège une Faculté ou une Ecole de médecine ni dans leur banlieue, qu'après avis favorable des Commissions administratives des hôpitaux et des Conseils de Facultés ou Ecoles de médecine. »

3° Considérant que dans quelques Facultés on ne met pas au concours les places d'agrégé pour les réserver à des faisant fonction, chefs de travaux ou assistants choisis par leurs maîtres, qui n'ont pas les titres nécessaires pour se présenter au concours,

L'Association propose que les places vacantes d'agrégé soient toutes mises au concours, sauf avis contraire du Comité consultatif.

Le bureau pour l'année 1933 est ainsi composé :

Président honoraire : Professeur Guyot ;

Président : Professeur Baudouin (Paris) ;

Vices-présidents : Professeur Jacques (Nancy) et professeur P. Delmas (Montpellier) ;

Secrétaire général : R. Fabre (de Bordeaux) ;

Trésorier : B. Patel (de Lyon).

NÉCROLOGIE

J. BABINSKI (1857-1932)

La mort de Babinski a provoqué chez les neurologistes et chez tous les médecins un mouvement unanime de douloureux émoi. Il y a peu d'années encore, il semblait devoir durer toujours : puis nous avions constaté, le cœur serré, qu'il n'était plus le même, et la disparition de son frère lui avait porté un coup fatal. Un tel observateur s'en rendait bien compte, et, il y a quelques mois, comme je m'informais de sa santé, il me répondit : « Je n'en ai plus pour longtemps. » Mais la nouvelle de sa fin a donné à tous la pleine mesure des sentiments d'admiration, de gratitude et d'affection respectueuse qu'il inspirait.



LE Dr BABINSKI.

Plus que les autres, ce sont naturellement ses élèves directs qui sont en deuil. Ils constituaient sa vraie famille et nous leur adressons l'assurance de toute notre sympathie. Mais on peut dire que chaque neurologiste est un élève reconnaissant de Babinski, parce que tous ont largement bénéficié de son exemple et de sa méthode.

Quand les hommes de ma génération se reportent à quelque trente ans en arrière, à l'époque où, jeunes internes, nous étudiions un malade pour le présenter à la Société de Neurologie, ils se souviennent de la crainte salutaire que leur inspirait le contrôle, toujours bienveillant mais sévère, de Babinski. Combien de fois lui est-il arrivé de trouver, en séance, un réflexe dont le présentateur annonçait l'absence ou de réformer un signe de l'orteil mal observé. Celui à qui advenait cette mésaventure avait du moins pris une excellente leçon de la probité qui s'impose dans tout examen de malade. A cette époque il y avait nombre de médecins, et parmi les plus distingués, qui faisaient volontiers du diagnostic une affaire d'impression, d'intuition, plus que d'analyse minutieuse. Il serait absurde de nier en bloc le rôle de cette intuition, de ce « flair clinique », sans lesquels il n'existe guère de grand clinicien. Mais ils s'appliquent assez mal à la neurologie organique, où une séméiologie précise est l'essentiel. Babinski fut un séméiologiste inégalé.

Son œuvre est connue de tous. Au début de sa carrière il s'était adonné à l'histologie, et sa thèse sur les lésions de la sclérose en plaques est fort remarquable. Mais c'est dans une autre voie qu'il devait s'illustrer, en s'inspirant de cette préoccupation constante de perfectionner sans cesse la technique de l'examen neurologique, pour en tirer des conclusions toujours plus sûres et plus précises sur l'état des grandes fonctions du système nerveux. Dans l'abondante moisson qui dérive de cette méthode

NÉCROLOGIE *(Suite)*

trois ordres de résultats se détachent : ceux qui ont trait aux réflexes, ceux qui ont trait à l'hystérie, ceux qui concernent les syndromes cérébelleux.

L'examen de nombreux cas d'hémiplégie permit à Babinski de décrire une série de nouveaux symptômes, parmi lesquels son célèbre signe. Par son objectivité, sa grande utilité pratique, la simplicité de sa recherche, le phénomène des orteils s'imposa d'emblée et c'est lui qui, sans doute, contribuera le plus à faire durer le nom de Babinski. Ce n'était cependant pas celui de ses travaux qu'il estimait le plus, ni celui qui lui avait coûté le plus de peine.

Babinski s'est toujours occupé de l'hystérie. Au début, et au contact de Charcot, il avait sacrifié, lui aussi, à l'hystérie « de culture ». Il s'était promptement ressaisi et tous ses efforts ont tendu à la définition et à la limitation de cette névrose dont on avait tant abusé à la fin du dernier siècle. Si sa conception du pithiatisme n'épuisait pas la question au point de vue du mécanisme psychologique, elle eut, au point de vue pratique, l'immense avantage de convaincre les médecins qu'ils étaient, dans bien des cas, responsables des phénomènes et qu'une technique d'examen rigoureuse s'imposait pour éviter la suggestion.

De même que l'hystérie, les syndromes d'incoordination motrice, syndromes cébébelleux, syndromes labyrinthiques, ont toujours sollicité l'attention de Babinski. Par l'observation minutieuse de nombreux malades, par l'emploi de techniques ingénieuses (recherche de l'asynergie, du vertige voltaïque, de l'adiadococinésie...), il a fait faire de grands progrès à cette branche de la neurologie d'une si décevante complexité.

Si tels sont les principaux titres de Babinski, il s'en faut qu'ils soient les seuls. Il s'avéra grand nosologiste quand il isola, avant Frölich, le syndrome adiposo-génital et montra ses rapports avec la glande pituitaire. De même, au point de vue thérapeutique, il fut un des premiers à avoir foi dans l'avenir du traitement chirurgical des tumeurs cérébro-médullaires, sans se laisser rebuter par les difficultés, es déceptions qui devaient forcément marquer les débuts de cette chirurgie redoutable. Il a donc sa bonne part dans les succès actuels de la neurochirurgie et il répétait volontiers, à la fin de sa vie, qu'un de ses grands mérites, à ses yeux, était d'avoir indiqué la voie où de Martel et Vincent se sont engagés sous ses auspices.

Les hommes qui peuvent se glorifier d'une telle œuvre sont assurément bien rares. Mais la supériorité scientifique ne suffit pas, à elle seule, à rendre compte du prestige qu'avait Babinski. Sans doute faut-il invoquer cette impression de force, de puissance qui se dégageait de lui. Et puis il était profondément bon et sensible, malgré l'apparence de froideur qui cachait un grand fond de timidité. Il était ennemi de l'intrigue, scrupuleux jusqu'à l'extrême et tout le contraire d'un sceptique. Son enthousiasme appelait l'enthousiasme et c'est de tout cet ensemble qu'était faite l'action qu'il exerçait autour de lui.

A. BAUDOUIN.

LE PROFESSEUR MIRALLIÉ
(de Nantes)

Mon ami Mirallié, directeur de l'École de médecine de Nantes, est mort le 18 octobre dernier ; je



LE PROFESSEUR MIRALLIÉ.

tiens à saluer sa mémoire et à lui adresser un souvenir ému.

Mirallié était né, à Nantes, le 21 février 1866 : il était né, nous disait-il dans la joyeuse salle de garde de Bicêtre, au sud de la Loire, ce qui expliquai sa verve et son enthousiasme de méridional qui troublaient nos souvenirs géographiques. Mais il était, cependant, bien Breton, avec l'amour de la petite patrie où il devait faire toute sa carrière, avec la ténacité grâce à laquelle il travaillait et suivait ses idées, avec la fidélité à ses amitiés qu'il a gardée toute sa vie.

Interne à Nantes avant de l'être à Paris (promotion de 1892), il y retournait en 1897 comme médecin suppléant des hôpitaux ; puis il y était successivement professeur suppléant en (1901), professeur d'hygiène (en 1903), de pathologie interne (en 1908), puis de clinique médicale (en 1926). Enfin, il était nommé directeur de l'École de médecine en 1913, et il devait le rester dix-neuf ans, jusqu'à sa mort.

Comme tel, il représentait les Écoles de médecine à la Commission supérieure de l'enseignement médical en 1912, puis, en 1929, au Comité consultatif de l'enseignement supérieur où nous avions plaisir à le revoir deux fois par an.

Ces deux dernières années, cependant, il était inquiet de sa santé et un peu assombri par une première alerte, dont la gravité, dans son esprit d'excellent neurologiste, ne pouvait lui échapper. Il avait, cependant, encore le même accueil vibrant et affectueux qui nous le rendait si cher.

Il avait été, pendant son internat, l'élève d'Albert Robin et de Dejerine, ce qui devait décider de l'orientation de sa carrière, vers la gastro-entérologie d'une part, et surtout vers la neurologie.

NÉCROLOGIE *(Suite)*

C'est dans le service de Dejerine, à Bicêtre, qu'il avait accumulé les documents de sa thèse, devenue classique, sur l'aphasie sensorielle, et il était maintes fois revenu sur la question.

Il avait aussi étudié, à maintes reprises, l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie organique, ainsi que l'état de la langue et des muscles masticateurs. De même, il avait étudié, chez les hémiplégiques, la main succulente, les douleurs, les réflexes, la tension artérielle et l'œdème, les mouvements involontaires, comme si une sorte de prescience l'avait orienté vers l'état morbide qui devait l'emporter.

Bien d'autres études de neurologie concernaient les paralysies alternes, les paralysies pseudo-bulbaires, la maladie de Parkinson, la paralysie générale, le tabes, la poliomyélite ; les névrites, principalement, avaient, maintes fois, fait l'objet de ses communications.

Ses recherches de gastro-entérologie concernaient, notamment, la glycosurie du cancer pancréatique, la douleur du cancer gastrique, l'œdème de la face des dyspeptiques, l'hypertension portale, etc.

Cette seule énumération montre l'activité scientifique de Mirallié, qui lui donnait une grande autorité tant dans sa clientèle régionale que pour diriger, sainement et scientifiquement, l'École dont il avait la garde et pour la représenter dans les conseils.

Sa disparition attriste ses amis : que sa famille, son fils notamment (qui vient de quitter l'internat pour retourner, lui aussi, à Nantes et y exercer la chirurgie), trouvent ici l'expression émue de notre sympathie à la mort d'un collègue bien cher et particulièrement estimé. PAUL CARNOT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1932.

M. le président annonce les décès de M. Babinski et de M. Chauffard, ancien président de l'Académie. La séance est levée en signe de deuil pendant quelques minutes.

M. Le Noir lit une notice nécrologique sur M. Mirallié (de Nantes).

Les aliénés en liberté. — Après une discussion à laquelle prennent part MM. Strauss et Delbet, l'Académie adopte les conclusions du rapport présenté par M. Claude au nom de la Commission. Voici ces conclusions :

1° Applications plus strictes des articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838, particulièrement lorsque les certificats médicaux auront signalé un état dangereux d'aliénation mentale chez certains sujets ou que des plaintes confirmées par une enquête de police auront démontré le caractère dangereux des personnes atteintes de troubles mentaux. De nombreux exemples tout récents nous ont montré que ces articles ne sont pas appliqués dans certains cas ;

2° *a.* Diriger le plus tôt possible, par voie administrative, soit sur l'infirmerie spéciale de la préfecture de police les sujets reconnus dangereux en raison de démonstrations publiques ou d'actes ayant un caractère morbide indiscutable. soit sur des établissements d'aliénés. sur certificat médical.

b. Diriger sur les établissements de prophylaxie mentale les sujets suscepts de troubles mentaux dans un but de traitement ou autres mesures thérapeutiques.

c. Dans le cas où ces mesures ne pourraient être prises en raison du caractère spécial de certaines situations, soumettre, par l'intermédiaire de l'autorité administrative, les sujets à une commission médico-judiciaire qui statuerait sur l'internement de ces malades dans certains cas, ou tout au moins interviendrait par des procédés d'admonestation ou d'intimidation afin de chercher à modifier le comportement anormal ou pathologique de ces personnes ;

3° Création d'un service de surveillance actif des aliénés sortis des asiles, et suivis pendant un temps assez prolongé, dans les conditions de la liberté surveillée des mineurs.

La vaccination préventive de la tuberculose par le BCG dans les familles de médecins. — M. A. CALMETTE. — Depuis que le vaccin BCG a été mis par l'Institut Pasteur à la disposition des médecins, en juillet 1924, beaucoup d'entre eux ont voulu l'employer pour mettre leurs propres enfants à l'abri de la tuberculose. Le professeur Calmette a estimé qu'il serait utile de faire auprès d'eux une enquête pour connaître, et pour faire connaître à l'Académie de médecine, leur opinion sur la valeur pratique de cette méthode.

On a donc adressé le même jour — 12 septembre 1932, — un bref questionnaire à 282 médecins qui, d'après le fichier établi à l'Institut Pasteur, avaient déclaré avoir vacciné eux-mêmes leurs enfants ou petits-enfants. Un mois après, on avait reçu 280 réponses provenant de 80 départements différents et portant sur un total de 514 enfants vaccinés de juillet 1924 à septembre 1932 dans des familles médicales. Au cours de ces huit années, pour ces 514 enfants, la mortalité totale pour toutes causes avait été seulement de 1,3 p. 100. Les 507 survivants se sont parfaitement développés. Leur état de santé est, pour presque tous, excellent ; aucun d'eux n'a manifesté le moindre signe de tuberculose et ils se montrent, en général, plus robustes, plus résistants que les non-vaccinés aux maladies du jeune âge.

La plupart des médecins touchés par cette enquête insistent sur la nécessité de vacciner tous les nouveau-nés dans les familles apparemment saines, parce que le BCG est inoffensif et parce qu'il arrive trop souvent que, dans les milieux qu'on croit indemnes, les enfants se trouvent exposés à des sources de contamination insoupçonnées.

L'opinion unanimement favorable des médecins qui ont vacciné leurs propres enfants justifie la confiance du corps médical et du public en la valeur pratique du BCG dont l'emploi se répand d'ailleurs de plus en plus dans tous les pays.

En France seulement, on comptait, au 1er novembre 1932, 508 000 enfants vaccinés, et le nombre moyen mensuel des vaccinations effectuées dans notre pays

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

dépasse actuellement 10 700, soit un cinquième des naissances. On peut donc espérer que, dans quelques années, les dépenses si lourdes qu'entraînent pour les budgets nationaux la multiplication et l'entretien des institutions de toute sorte pour le traitement et l'assistance des tuberculeux seront considérablement allégées.

Du stade inapparent au stade d'incurabilité des dystrophies alimentaires. — M. MOURIQUAND (de Lyon), montre d'après ses recherches le diététique clinique et expérimentale, que les dystrophies alimentaires, et en particulier les dystrophies par carence passent cliniquement par les stades suivants :

Stade inapparent, sans symptômes même frustes, au cours duquel la dystrophie peut être extériorisée par un facteur de révélation.

Stade fruste, au cours duquel les signes a *minima* doivent être recherchés avec soin et souvent ne sont révélés que par une instrumentation spéciale (biomicroscope dans l'avitaminose A).

Stade affirmé, avec signes classiques des dystrophies. Mais il y a souvent lieu de distinguer deux phases dans ce stade affirmé : la *phase curable*, où l'organisme humain ou animal répond à l'action de la vitamine « spécifique », et la *phase incurable*, où la dystrophie échappe à l'action de cette vitamine, du fait d'un trouble nutritif profond (qui dans certains cas peut être révélé par la biochimie), soit du fait de l'aggravation de la dystrophie par une infection surajoutée.

Sur les souffles de la maladie de Roger. — M. LAUBRY expose certaines particularités des souffles de la maladie de Roger qu'il a pu observer et qui complètent la description qu'il en a donnée avec Pezzi il y a dix ans dans son Traité des maladies congénitales.

La description du *souffle systolique* ne mérite pas d'être longuement revisée; cependant deux points sont à noter : la propagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou qui semblait indiquer la coexistence avec la perforation de la cloison d'un rétrécissement pulmonaire existe fréquemment surtout chez les enfants, alors que la perforation ventriculaire est seule en cause ; le deuxième point concerne la propagation du souffle vers la droite et surtout vers la région hépatique qu'on a besoin de connaître pour éviter de prendre une insuffisance tricuspidienne pour une maladie de Roger.

Plus longues sont les considérations sur le *souffle diastolique* qu'on note dans un certain nombre de cas et que certains auteurs, avec Bard, font dépendre de la perforation septale elle-même, par suite de la formation d'une veine de reflux du ventricule droit dans le ventricule gauche. D'autres auteurs invoquent une insuffisance aortique concomitante, et Laubry et Pezzi, à la faveur d'un cas personnel, s'étaient rangés à cette opinion. Une nouvelle observation avec autopsie a permis à l'auteur de confirmer cette opinion première et de préciser la pathogénie de l'insuffisance aortique en cause. Pour lui, il s'agit d'une poussée inflammatoire venant remanier la malformation congénitale, disloquer la valvule aortique et la rendre impuissante. L'insuffisance aortique fait donc partie, non seulement des éléments de diagnostic de la maladie de Roger, mais surtout de ses éléments de pronostic, puisqu'elle est en rapport avec une certaine allure évolutive de l'affection et qu'elle compromet sa tolérance bien connue.

Diabète rénal et diabète sucré. — M. F. RATHERY étudie la valeur sémiologique et pronostique du syndrome dit « diabète rénal ». Ce type de diabète se distingue du diabète sucré ordinaire en ce que, malgré une glycosurie qui peut être assez forte, il n'y a pas d'élévation du sucre dans le sang. S'agit-il d'une affection entièrement différente du diabète sucré, n'obligeant le malade à aucune restriction des féculents ? Certains le pensent.

L'auteur distingue trois types de diabète rénal : *a*) le diabète rénal pur. Il persiste indéfiniment sous cette forme ; il ne doit être traité ni par l'insuline ni par la restriction des féculents ; *b*) le diabète rénal se compliquant ultérieurement de diabète sucré. Les cas en sont nombreux. Aussi un sujet atteint de diabète rénal doit-il rester en surveillance constante ; *c*) le diabète rénal avec trouble particulier du métabolisme des glucides et excrétion de corps acétoniques. Il s'agit là d'un diabète très particulier, dont le traitement assez complexe est très différent de celui du diabète sucré ordinaire.

Autres communications :

Nouveau traitement de la distomose hépatique chez les ruminants par la térébenthine-benzol et le tétrachlorure de carbone. — M. MAROTEL.

Explication de l'action bienfaisante des aliments gras dans les maladies cachectisantes. — M. MAIGNON.

SOCIÉTE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 18 novembre 1932.

M. LABBÉ, président, lit une notice nécrologique sur M. THIROLOIX, membre de la société.

A propos des gangrènes en plaques superficielles et curables des membres inférieurs. — MM. J. GATÉ et PAUPERT-RAVAULT (Lyon) rapportent trois observations de plaques gangreneuses disséminées des membres inférieurs apparues brusquement avec un cortège de phénomènes infectieux généraux. Ils attribuent les lésions à une oblitération des artérioles des membres inférieurs due à un processus infectieux de nature indéterminée dont la porte d'entrée serait le plus souvent des lésions ulcéreuses préxistantes des membres inférieurs.

Rhumatisme tuberculeux. Pyarthroses multiples. — MM. J. GATÉ et PAUPERT-RAVAULT (Lyon) rapportent le cas d'un malade, bronchitique ancien, ayant présenté d'abord une pleuro-péritonite, puis un épisode rhumatismal ayant l'aspect d'une maladie de Bouillaud ; au décours de cette polyarthrite apparurent successivement trois épisodes articulaires que leurs caractères cliniques, les résultats des ponctions intra-articulaires (liquide purulent stérile avec inoculation au cobaye positive), enfin l'examen anatomo-pathologique permettent de considérer comme des pyarthroses tuberculeuses. Ce cas constitue un type de transition entre le rhumatisme bacillaire proprement dit et les arthropathies tuberculeuses de caractère chirurgical.

M. E. BERNARD rappelle qu'il a publié avec M. Bezançon deux observations très comparables caractérisées par leur résistance au salicylate et l'apparition d'arthrites contenant un liquide puriforme.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Grenet ne pense pas qu'on puisse étiqueter rhumatisme tuberculeux un épisode rhumatismal évoluant vers la suppuration.

Le cancer diffus de la totalité des voies biliaires. — MM. Etienne Chabrol et Waitz ont vu évoluer en moins de huit semaines, chez un homme de cinquante-deux ans, un grand ictère cholurique et une carcinose miliaire aiguë du péritoine, qui trouvaient leur origine dans une cancérisation massive de la totalité des voies biliaires : le cholédoque, le cystique, le vésicule, les ramifications de l'espace de Kiernan étaient uniformément envahis par une tumeur ligneuse, qui respectait l'ampoule de Vater, le pancréas et le parenchyme du foie en dehors des espaces porte. Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de cette angiocholite cancéreuse généralisée. Ils n'ont retrouvé aucune observation comparable dans la monographie de Gallavardin et Devic et dans la thèse de Salmon.

Néphrite mercurielle grave. Guérison incomplète. Remarques sur la chloruration. — MM. Duvoir, Laudat, Pichon, Layani et Pautrat présentent l'observation d'une néphrite mercurielle grave avec azotémie à 7 grammes survenue chez une jeune femme de vingt-deux ans à la suite de l'absorption de $0^{gr},50$ d'oxycyanure de mercure.

Cette observation est remarquable par son évolution prolongée : quatre mois, par les incidents multiples qui en émaillèrent le cours et dont beaucoup parurent fatals : monoplégie brachiale, otite et mastoïdite, frottement péricardique, hydrargyries à type d'érythrodermies, complications infectieuses pleuro-pulmonaires et surtout une myocardite sévère survenue au cinquantième jour de la maladie.

Par ailleurs, l'observation prolongée permit d'apprécier les effets de la cure chlorurée instituée sur la notion d'une hypochlorémie à $2^{gr},60$. La rechloruration a eu un effet certain, mais modéré, passager, et fut compliquée tardivement par l'apparition d'œdèmes cutanés et viscéraux. C'est le rétablissement de la diurèse qui amena la guérison. Il per iste, un an et demi après l'intoxication, des signes de néphri.e chronique légère avec albuminie importante.

M. E. Bernard rappelle qu'il a obtenu dans un cas déjà publié un succès remarquable de la chloruration. Mais cette méthode thérapeutique peut provoquer des œdèmes et ne doit être utilisée qu'avec prudence.

Diabète insipide suivi de diabète sucré avec coma. Influence des grossesses sur la polyurie. Traitement par la folliculine. — MM. Duvoir, L. Pollet et M. Cachin ont eu l'occasion d'observer à nouveau une malade déjà présentée à la Société de MM. Marcel Labbé et Denoyelle pour diabète insipide sans lésion hypophysaire apparente, mais très sensible à l'extrait post-hypophysaire et présentant une obésité marquée, sans trouble de métabolisme hydro-carboné.

Trois ans plus tard, cette malade présente un coma avec glycosurie et cétosurie qui guérit par l'insulinothérapie ; mais une glycosurie réductible par l'insuline et le régime a persisté. L'association du diabète sucré et du diabète insipide semble aux auteurs une simple coïncidence. Ils notent de plus l'action favorable de trois grossesses successives. Se basant sur l'excès de folliculine dans le sang pendant la grossesse, les auteurs ont pu réduire nettement, bien que moins qu'avec l'extrait hypophysaire, la polyurie de leur malade par des injections intramusculaires fortes de folliculines.

M. Troisier a obtenu avec de très fortes doses de folliculine (jusqu'à 7 500 unités-rat) et chez l'homme des résultats comparables à ceux obtenus avec l'hypophyse. Il ne croit pas d'ailleurs que l'action de ces deux substances soit absolument superposable.

M. Labbé pense que la folliculine doit contenir plusieurs hormones. Il croit que le diabète est ici un simple diabète de suralimentation survenu chez une obèse et non un diabète infundibulaire.

M. Duvoir n'a pas observé de grandes différences d'action entre les doses fortes et les doses faibles ; il croit que les folliculines sont très diversement dosées suivant les marques.

Xanthomose cranio-hypophysaire. — MM. E. Lesné, Robert Clément et P. Guillain présentent la deuxième observation française du syndrome de Schuller-Christian.

Le retard de développement somatique et psychique avec infantilisme qui donne à cette enfant de quinze ans et demi, l'aspect et la mentalité d'une fillette de neuf ans, le diabète insipide, l'exophtalmie à prédominance unilatérale avec dénivellation de l'œil et asymétrie faciale, les lacunes craniennes et l'hypercholestérolémie constituent les éléments capitaux du syndrome. Il existe en outre une surdité bilatérale avec quasi-mutité, des troubles du caractère, une dent surnuméraire. Derrière le pavillon de l'oreille gauche, apparaît une masse tumorale ayant l'aspect et le volume d'une mandarine, de consistance pâteuse. Quelques gouttes de sérosité retirée par ponction de cette tumeur contenaient des cristaux de cholestérol identifiés au microscope polarisateur, et de grandes cellules vacuolaires bourrées de grains lipoïdiques, ayant tous les caractères de la cellule spumeuse ou écumeuse, élément fondamental des réticulo-endothélioses xanthomateuses ; on peut donc admettre que ce n'est que l'extériorisation de l'infiltration xanthomateuse qui a détruit le squelette à ce niveau. L'hypercholestérolémie, la présence de cristaux de cholestérol dans la sérosité tumorale et dans les urines, la nature cholestérolique de la surcharge cellulaire donnent à la maladie de Schuller-Christian son entité chimique et permettent de la différencier des autres réticulo-endothélioses xanthomateuses à cérébrosides (maladie de Gaucher) ou à phosphatides (maladie de Niemann-Pick).

Sur un cas isolé de maladie de Crouzon (dysostose cranio-facia e) avec ectromélie. — MM. R. Garcin, R. Thurel et P. Rudaux présentent une petite malade de vingt-trois mois atteinte de dysostose cranio-faciale avec ectrodactylie. Ils notent l'importance chez cette enfant de l'exophtalmie qui a été plusieurs fois jusqu'à la luxation spontanée des globes oculaires, et la netteté des déformations craniennes.

M. Apert souligne la parenté étroite qui unit cette affection à celle qu'il a décrite sous le nom d'acrocéphalosyndactylie.

REVUE DES CONGRÈS

XLI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932.

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALADIES DU SANG.

L'hémogénie.

Résumé du rapport de M. GRÉGOIRE (de Paris).

De toutes les maladies du sang, l'hémogénie est celle que le chirurgien a le plus souvent l'occasion de traiter.

Il s'agit d'une diathèse hémorragique qui debute dans l'enfance ou l'adolescence et que caractérisent de multiples saignements capillaires et des tares sanguines spécifiques : prolongation du temps de saignement alors que la coagulation s'effectue dans un délai normal ou sub-normal, irrétractibilité du caillot, absence ou grande diminution des hématoblastes.

Les aspects cliniques. — Ils peuvent se ramener à trois modalités :

1° L'HÉMOGÉNIE TYPIQUE A ÉVOLUTION CHRONIQUE. — C'est le purpura chronique récidivant, le purpura thrombo-cytolitique, la maladie de Verlhof.

Cette variété est presque l'apanage des petites filles. Elle débute brusquement, semble-t-il. Pourtant, un examen attentif révélera une tendance de tout temps aux saignements : le moindre heurt provoquait un « bleu », un pincement léger de la peau, une ecchymose.

Tout à coup, sans fièvre, sans prodrome, apparaissent sur les membres inférieurs des taches rouge vineux, discrètes d'abord, mais bientôt généralisées et confluentes.

D'ordinaire se produisent également des épistaxis, des gingivorragies et surtout des ménorragies d'une abondance et d'une durée anormales.

L'hémogénie typique procède par crises successives, espacées d'abord, puis de plus en plus rapprochées. Mais dans l'intervalle des crises la réparation sanguine se fait et l'état général se retablit.

L'examen somatique ne révèle rien. La rate est souvent normale, non perceptible. Parfois, sa zone de matité est un peu augmentée, mais en aucun cas on ne peut parler de splénomégalie.

L'hémogénie n'atteint pas que le sang. Elle touche aussi les capillaires dans leur endothélium. Weill l'a montré par l'épreuve du lacet.

2° L'HÉMOGÉNIE AIGUE. — Cette variété est beaucoup plus alarmante. En huit ou dix jours le pronostic s'assombrit et la malade succombe à ses hémorragies profuses.

Les exemples de ce genre sont relativement rares, puisque sur un ensemble de 101 cas de purpura hémorragique, Spence compte seulement 12 formes aiguës avec 10 décès.

Chez la femme, c'est presque toujours l'appareil génital qui saigne de la façon la plus inquiétante, mais l'intestin, l'arbre urinaire peuvent également être en cause.

On a cru longtemps qu'une évolution aussi brutale faisait de la forme aiguë de l'hémogénie un cas fatalement mortel, au-dessus de nos possibilités. Actuellement, comme nous le verrons bientôt, il convient de revenir de cette condamnation du traitement chirurgical.

3° L'HÉMOGÉNIE FRUSTE. — Dans les deux formes précédentes, l'hémogénie est caractérisée du point de vue clinique par ses éruptions purpuriques. Dans cette nouvelle forme, l'hémogénie se cache. Les manifestations cutanées ou muqueuses se réduisent à quelques rares pétéchies, qui peuvent même manquer complètement.

Le clinicien se trouve en face d'une malade qui saigne soit du nez, soit de l'utérus, soit du rein, soit du poumon, soit même de ses méninges, sans que rien en apparence n'en vienne expliquer la raison.

Seul, un examen du sang, la recherche du signe du lacet, l'allongement du temps de saignement, l'irrétractilité du caillot permettront le diagnostic.

Les *ménorragies* constituent la manifestation la plus fréquente. Elles apparaissent surtout au début de la menstruation, ce qui les a fait désigner sous le nom de métrorragies de la puberté. Inquiétantes par leur durée et leur intensité, elles ne s'accompagnent d'aucune douleur et se montrent rebelles à tout traitement. Si la marche et la fatigue les augmentent, le repos au lit même prolongé ne les modifie guère.

L'hémogénie fruste à forme *hématurique* est difficile à identifier. Il est certain qu'elle demeure souvent méconnue, confondue avec l'hémorragie de la néphrite chronique ou étiquetée « hématurie essentielle »

Les *hémoptysies* hémogéniques sont rares. On les attribue d'ordinaire à la tuberculose pulmonaire.

Enfin, il convient de signaler les hémorragies péritonéales et intracraniennes, qui constituent des raretés.

Les altérations du sang. — De ce qui vient d'être dit, notamment en ce qui concerne la forme fruste, il apparaît nettement que c'est à l'examen du sang qu'il convient de s'adresser pour fonder son diagnostic.

La recherche des lésions sanguines doit être recommencée plusieurs fois. Sans présenter de réelles difficultés, elle exige cependant une certaine habitude.

Le *temps de saignement* est modifié. Il se caractérise par sa durée prolongée et son instabilité. Sa durée atteint 10 et même 15 minutes. Son instabilité est un phénomène bien curieux et l'on pourrait dire qu'elle existe dans l'espace et dans le temps. Une piqûre faite au lobule de l'oreille droite donnera par exemple un TS normal, alors que faite au même moment à l'oreille gauche, ce TS sera démesurément allongé.

Deux recherches faites à une heure de distance l'une de l'autre pourront donner des résultats très différents.

La coagulation. — Si la durée de la coagulation ne subit pas de modification appréciable, il n'en est pas de même de sa qualité.

Le caillot formé ne se rétracte pas ou se rétracte anormalement.

P. Emile-Weill a montré que ce caillot, après un certain temps, laissait échapper une quantité excessive de globules rouges, formant au fond du tube une couche rouge importante : « l'émiettement du caillot ».

Les éléments figurés : rouges ou blancs, ne subissent pas de modifications, quant à leur nombre et quant à leur forme.

Il n'en est pas de même des hématoblastes, qui d'ordinaire sont diminués. On a même observé leur absence

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

complète dans quelques formes aiguës. Leur chiffre passe souvent de 300 000 à 20 000 par millimètre cube. Ce n'est pas là cependant un phénomène constant, car on a signalé des cas d'hémogénie incontestable avec un nombre normal de plaquettes.

L'idée théorique du traitement chirurgical. — Elle est due à Kaznelson. La destruction des plaquettes sanguines lui apparut comme imputable à la rate. Il en déduisit que la splénectomie devait guérir la maladie. L'expérience semble avoir vérifié l'hypothèse.

Il existe un parallélisme constant entre la diminution du nombre des plaquettes et une certaine tendance à l'hémorragie.

Or, l'expérimentation confirme la clinique. Le benzol, la toxine diphtérique entraînent chez l'animal une destruction notable des thrombocytes et un syndrome hémorragique se dessine avec purpura.

Les plaquettes apparaissent donc bien comme les agents naturels de l'hémostase spontanée. Tout se passe comme si elles venaient se « plaquer » sur le vaisseau, à l'endroit même de la déhiscence, pour l'obturer.

C'est ce « clou hémostatique » qui constitue le premier temps de l'arrêt de l'hémorragie.

C'est là le rôle habituel des plaquettes dans la vie courante, à l'occasion d'un heurt, d'un froissement, d'un effort de toux.

Si l'on suppose que sous une action pathogène quelconque les capillaires deviennent anormalement fragiles, ou que la quantité ou la fonction des thrombocytes deviennent insuffisantes, on conçoit que la réparation se fasse mal ou pas du tout.

Mais comment expliquer cette déficience des plaquettes?

Kaznelson pensait qu'elle pouvait provenir d'une action destructive de la rate. Il fit faire une splenectomie chez une femme atteinte de purpura hémorragique. Le résultat fut merveilleux, et la rate se montra bourrée de plaquettes.

L'augmentation des plaquettes après l'ablation de la rate n'est cependant que transitoire. Leur nombre retombe plus tard au niveau de la normale et même au-dessous. Kaznelson attribue ce phénomène à la suppléance qui s'établit dans les ganglions et le reste du tissu réticulo-endothélial.

Traitement chirurgical de l'hémogénie. — Les indications opératoires. — La splénectomie est le traitement le plus efficace à opposer à l'hémogénie. Elle n'est pas le seul.

Cette intervention présente quelques risques. Pour être autorisé à la pratiquer, encore faut-il que les dangers que fait courir l'hémogénie ne soient pas inférieurs à ceux que présente la splénectomie.

La forme fruste de l'hémogénie est celle qui nécessite le moins souvent le recours à l'acte chirurgical. Il faut savoir pourtant qu'une hémogénie de ce type peut revêtir brusquement la forme aiguë la plus grave.

La forme typique avec purpura hémorragique récidivant réclame toujours l'opération, du moins à partir du moment où apparaissent les hémorragies viscérales.

La forme aigue est considérée comme au-dessus des possibilités chirurgicales. Les statistiques accusent en effet une mortalité voisine de 83 p. 100. Toutefois, les tentatives récentes de quelques chirurgiens hardis démontrent qu'il faudra sans doute revenir de cette opinion. Les désastres observés ont été, semble-t-il, la conséquence d'une temporisation excessive.

Le rapporteur termine par un exposé détaillé des statistiques publiées. Il insiste sur ce fait que la rate n'est pas tout et que d'autres glandes interviennent aussi dans les manifestations de l'hémogénie. Il convient de les traiter du moins médicalement.

Résumé du rapport de M. Santy (de Lyon).

L'ictère hémolytique constitue, après l'hémogénie, le chapitre le plus intéressant des maladies du sang pour un chirurgien.

Mayo a pu dire que cette affection était un triomphe de la chirurgie. Il convient de distinguer : l'ictère hémolytique congénital et l'ictère acquis.

A. Ictère hémolytique congénital. — C'est une maladie congénitale et familiale. Dès le jeune âge, on note le teint spécial des téguments et des conjonctives. Mais souvent, pendant longtemps, aucun trouble pathologique sérieux ne se révèle. Il s'agit cependant d'enfants anormaux légers, présentant des malformations craniennes, du strabisme, de la microphtalmie, de la polydactylie, des déformations de l'oreille externe, de l'otite, du psoriasis, vitiligo, nævi, etc.

On note parfois un retard du développement génital.

L'anémie plus ou moins marquée oscille entre 3 millions et 1 million de globules. Elle procède par crises de déglobulisation que provoque le froid, la fatigue, une maladie intercurrente. Les hématies sont d'une fragilité extrême. La rate est toujours grosse, mais avec des degrés ; elle est parfois douloureuse par poussées congestives.

Très fréquemment, au syndrome splénique s'ajoute un syndrome vésiculaire faisant croire à une lithiase banale.

B. Ictère hémolytique acquis. — Bien étudié par Widal, Abrami et Brulé, cette affection est caractérisée par un début brusque chez l'adulte, sans qu'aucune notion d'hérédité n'apparaisse bien nettement.

A vrai dire, il s'agit en réalité d'un groupe de maladies, car on distingue des formes aiguës, subaiguës et chroniques.

Dans les formes aiguës, on note des poussées hémolytiques avec ictère déterminées surtout par des infections aboutissant souvent à la mort, mais quelquefois susceptibles de guérison.

Les formes subaiguës se prolongent plusieurs semaines.

Les formes chroniques rappellent l'ictère congénital, mais l'instabilité sanguine y est extrême ; la formule hématique et les phénomènes morbides qui en découlent sont en perpétuelle évolution ; ils peuvent du reste s'atténuer, même disparaître.

Il importe de signaler ici une série de splénomégalies qui, secondairement ictérigènes, sont confondues souvent, à l'étranger surtout, avec l'ictère hémolytique proprement dit.

Ce sont :

la splénomégalie hémolytique de Banti ;

la splénomégalie hémolytique avec anémie, hémoglobinurie et hémosidérinurie type Marchiafava.

Enfin,

la splénomégalie hémolytique avec anémie pernicieuse, type Strümpell.

Evolution spontanée de l'ictère hémolytique et indications opératoires. — Le plus souvent, l'ictère hémolytique est de pronostic bénin. La question du traitement chirurgical, dans de telles conditions, ne peut se poser que du point de vue esthétique; ceci est arrivé une fois au moins, puisque Politzer pratiqua avec succès la splénectomie chez une jeune fille désireuse de voir disparaître sa jaunisse.

Mais nous rappelons que l'ictère hémolytique le plus bénin peut toujours s'aggraver. A ce propos, les faits relatés par lord Dawson of Penn sont fort instructifs.

Cet auteur a pu suivre une famille d'ictériques hémolytiques et un certain nombre de malades appartenant à d'autres familles.

Douze cas se sont terminés spontanément par la mort : huit fois, par accroissement de l'anémie, deux fois par angiocholite compliquée d'anémie, deux fois par maladies intercurrentes.

L'anémie hémolytique fut mortelle à trois ans et demi, treize, trente, quarante-trois et cinquante-six ans après une évolution tantôt brusque et tantôt progressive.

Les deux cas d'angiocholite évoluaient sur deux grandes anémiques, si bien que l'anémie dans cette statistique se trouve à la base de tous les cas mortels.

A côté des cas légers où l'idée d'opérer ne viendrait à personne, en marge des cas graves où la chirurgie s'impose, existent des formes particulières, dites « compensées », dans lesquelles les phénomènes d'hémolyse sont neutralisés par un accroissement de la fonction physiologique médullaire. La symptomatologie s'y montre réduite à son minimum, et seul le laboratoire peut révéler l'affection.

La splénectomie dans l'ictère hémolytique. — Historique : Il semble que la première splénectomie pour ictère hémolytique fut réalisée par Spencer Wells en 1865 ; le diagnostic plus qu'incertain se confirma par la suite. La malade guérit. Elle serait encore vivante. Son fils, atteint lui aussi d'ictère hémolytique dès l'enfance, a subi à quatorze ans une cholécystectomie pour lithiase pigmentaire et une splénectomie. Sa fragilité globulaire reste à 0,5 malgré une guérison qui lui a permis de faire la guerre de 1914 à 1918.

Banti en 1903 fait pratiquer la première splénectomie systématiquement faite pour ictère hémolytique. La malade guérit et vit encore.

La première intervention française remonte à 1914 (Gilbert, Chabrol, Bénard) et fut pratiquée par Hartmann.

En 1924, Lecène et Deniker groupent 108 splénectomies, et au Congrès de Rome, deux ans plus tard, Patel réunit un total de 116 cas avec 4 morts et Herschen 129 cas avec le même pourcentage de décès.

Inerprétation de l'action de la splénectomie dans l'ictère hémolytique. — La rate est, dans l'ictère hémolytique, le siège de la destruction sanguine. Chauffard et Fiessinger écrivent en 1907 : « Au niveau du parenchyme splénique des quantités notables de pigments d'origine sanguine sont incessamment mis en liberté ; ils arrivent au foie par la veine splénique, y trouvent un réseau d'arrêt dans les capillaires intralobulaires, provoquent la sécrétion d'une bile pléiochromique et probablement la résorption et le passage dans le sérum d'une certaine quantité de pigments qu'y révèle la réaction de Gmelin. »

Banti montre que la splénectomie sur l'animal augmente presque toujours la résistance globulaire.

L'hémolyse expérimentale par injection d'eau distillée, dans les veines d'un chien, permit à Banti de croire que c'est dans la rate que les globules rouges se fragilisent et se détruisent, et que la veine splénique contient davantage d'hémoglobine dissoute que la circulation générale. La splénectomie pratiquée avant cette expérience la rend pour l'animal d'une gravité moindre.

Ce processus de destruction globulaire peut être interprété de deux façons : ou bien la rate intervient d'une façon passive, n'étant que le « cimetière des hématies » ; ou bien elle joue le rôle actif dans le processus d'hémolyse.

Et dans ce cas, est-ce en sécrétant une hémolysine qu'agit la rate ? A l'état normal, une telle sécrétion n'existe pas.

Fiessinger et Brodin admettent que, dans la rate, l'élément de phagocytose pigmentaire, ou cellulaire, est la cellule du système réticulo-endothélial, et la fonction hémolysante et cytolysante de la rate se résume dans ce macrophage de charpente. L'ictère hémolytique serait dû à l'hyperactivité de cette cellule.

Mais d'autres auteurs ont une opinion différente. Naegeli, Gänsszlen admettent qu'à la base de la pathogénie de l'ictère hémolytique existe une anomalie constitutionnelle du globule rouge quant à sa forme et à son volume.

Dès lors, l'action de la rate doit être interprétée d'une façon toute différente. Sa fonction serait modifiée, parce que soumise à un travail supplémentaire par un élément anormal d'origine extrasplénique.

L'altération constitutionnelle des hématies explique l'allure héréditaire et familiale de la maladie et l'hypertrophie splénique.

L'hyperplasie de la pulpe splénique est l'expression naturelle de l'orientation continuelle de la fonction splénique sur les érythrocytes spéciaux.

La rate réagit par excès. Elle dépasse le but à atteindre et transforme en une maladie une simple anomalie organique.

Cette façon d'envisager le problème est séduisante. Elle justifie la thérapeutique par ablation de la rate ; elle explique qu'après la splénectomie persistent encore une fragilité globulaire et des anomalies de volume des globules.

La splénectomie supprime l'hyper-réaction splénique, c'est-à-dire l'ictère. Elle laisse persister la formation pathologique des hématies par la moelle osseuse.

Indication du traitement chirurgical. — C'est surtout la déglobulisation progressive, les crises douloureuses à caractère vésiculaire, les poussées spléniques et la splénomégalie.

L'ictère, à lui seul, constitue bien rarement une indication opératoire.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Conditions opératoires de la splénectomie. — Le plus souvent, il s'agit d'une opération facile, la rate est rarement adhérente. On utilise, soit l'incision que Lecène et Deniker ont préconisée en 1914, soit une incision transversale.

Certains chirurgiens réalisent une « spléno-contraction adrénalinique » avant l'opération par injection intramusculaire d'adrénaline.

On a souvent insisté sur le volume considérable et l'extrême fragilité des veines qui peuvent atteindre la grosseur d'un pouce.

Le moment opportun paraît être une période d'accalmie entre deux journées d'hémolyse.

Courty, Renard, Charrier et Dubourg conseillent de pratiquer avant l'intervention une transfusion de 300 grammes.

Chez des sujets très fatigués ou chez qui la splénectomie s'annonçait comme difficile, on s'est contenté parfois de lier simplement le vaisseau du pédicule (Prat, d'Œlsnitz). Cette ligature des artères spléniques amena une rétraction rapide de la rate et supprima les poussées d'ictère.

Ce chapitre se termine par un exposé détaillé des résultats immédiats et à distance de la splénectomie.

Les maladies du sang où le rôle de la chirurgie est contesté. — Le leucémie myéloïde. — La leucémie myéloïde ne doit pas être confondue avec la leucémie lymphoïde. Cette dernière n'a jamais été traitée chirurgicalement.

Il en va différemment de la leucémie myéloïde, où du reste l'opération de la splénectomie n'a guère donné que des déconvenues. Il ne s'agit pas là de la maladie d'un organe, mais de tout le tissu myéloïde. Supprimer la rate, c'est supprimer un symptôme de l'affection, ce n'est pas atténuer sa cause première.

La mort qui survient d'ordinaire très rapidement ne serait due, d'après Aubertin, ni à un shock ni à une infection suraiguë. Elle est attribuable, comme le montrent les autopsies, à une hémorragie profuse au niveau du pédicule splénique. Il s'agit d'un phénomène dyscrasique indépendant de l'acte opératoire et conséquence de la leucémie elle-même.

Peut-être obtiendrait-on des résultats moins décevants si l'on s'efforçait de pratiquer une hémostase patiente et minutieuse de tout vaisseau qui donne, si petit soit-il.

Il faut reconnaître que le traitement préparatoire radiothérapique a amélioré quelque peu les résultats.

Quoi qu'il en soit, la splénectomie ne modifie jamais l'évolution de la maladie. Tout au plus peut-on dire qu'en supprimant cette énorme tumeur splénique on évite les phénomènes de compression et qu'à défaut de prolonger la vie on la rend du moins supportable.

La polyglobulie affecte deux aspects cliniques différents : tantôt il s'agit d'une entité morbide connue sous le nom d'érythrémie ou maladie de Vaquez ; tantôt elle apparaît comme secondaire ou, comme dit Aubertin, réactionnelle ; c'est alors un symptôme plus ou moins net au cours d'une maladie, avec ou sans splénomégalie.

La maladie de Vaquez est caractérisée par une surproduction des érythrocytes qui atteignent 10 à 12 millions par millimètre cube de sang. On ignore tout de sa cause et certains auteurs pensent que l'érythrémie est à la série rouge ce que la leucémie est à la série blanche.

L'opinion générale est que la chirurgie ne peut rien contre cette curieuse affection.

La polyglobulie secondaire a été signalée dans la tuberculose de la rate et dans un cas de kyste hydatique splénique. Mais là encore la cause première nous échappe et la chirurgie n'a pas d'indication justifiée.

L'anémie pernicieuse ne saurait être considérée comme une maladie uniquement localisée à la rate ; les lésions de la moelle osseuse sont si marquées que certains auteurs ont proposé la résection de la moelle des os longs.

On peut avec Tapie (1927) expliquer logiquement que la splénectomie ait pu présenter parfois une action bienfaisante en entraînant la suppression d'un important foyer d'hémolyse et surtout en excitant la fonction physiologique de la moelle osseuse. Mais on ne saurait concevoir que par la splénectomie l'évolution de la maladie puisse être définitivement enrayée.

De plus en plus la chirurgie perd ici du terrain au profit du traitement médical, de l'hépatothérapie en particulier.

Dans tous les cas, la splénectomie ne saurait être tentée que si la moelle osseuse a conservé une activité fonctionnelle suffisante, vérifiable du reste par biopsie.

Cet important travail se termine par un exposé des statistiques de la splénectomie dans ces trois dernières affections.

Discussion.

Les contre-indications de la splénectomie. — MM. Aubertin (de Paris) et Y. Delagenière (du Mans) étudient les contre-indications absolues de la splénectomie, celles qui la rendent dangereuse *quoad vitam* et entraînent un risque sérieux post-opératoire.

Les contre-indications médicales, naguère nombreuses, deviennent de plus en plus rares. La leucémie elle-même n'est plus une contre-indication formelle, l'anémie non plus, même avec un chiffre globulaire au-dessous d'un million.

Ce qu'il faut considérer dans l'anémie, c'est plutôt l'absence de réaction sanguine et le syndrome hémorragique surajouté.

Les hémorragies, qu'elles se produisent au niveau du tube digestif, ou qu'elles soient à localisation multiple, ne constituent une contre-indication qu'en cas d'anémie aiguë ; cette contre-indication n'est du reste que temporaire.

Le « purpura fulminans », qui est symptomatique d'une infection aiguë, et le purpura de la leucémie aiguë sont des contre-indications absolues.

Du point de vue du retentissement hépatique des splénites, l'ascite du syndrome de Banti ne s'oppose plus actuellement à la splénectomie.

L'ictère hémolytique constitue une indication opératoire formelle. En cas d'ictère hépatique, l'indication est moins nette.

La généralisation d'un processus infectieux au foie et aux ganglions, la cachexie paludéenne sont autant de contre-indications sérieuses.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Au total, les contre-indications d'ordre médical sont de plus en plus réduites ; il en est de même des contre-indications chirurgicales. Ces dernières se bornent actuellement au volume considérable de la rate, car dans ce cas, les vaisseaux anormalement dilatés sont excessivement friables. Les adhérences constituent encore une difficulté souvent insurmontable ; mais l'opération sera possible cependant si l'on fait précéder l'extirpation proprement dite d'une « hémostase *in situ* » et si l'on intervient avec prudence, patience et douceur.

Les altérations du foie dans les splénomégalies chroniques et la nécessité d'une exploration fonctionnelle hépatique avant la splénectomie. — M. Noel Fiessinger (de Paris), après avoir montré, en s'appuyant d'une part sur des arguments anatomiques et d'autre part sur des arguments expérimentaux, que les lésions de la rate avec scléroses consécutives peuvent entraîner secondairement des lésions dégénératives du foie suivies ou non de scléroses extensives, insiste sur la nécessité, avant de faire une splénectomie, d'explorer l'état fonctionnel du foie.

Cette opération doit être basée sur trois constatations : d'une part, le mode d'élimination d'une substance colorante par le foie, telle que le rose bengale dans ce que l'on a nommé l'exploration chromagogue; d'autre part, le taux bilirubinémique du sérum; enfin le mode d'élimination du galactose par les urines après absorption digestive, étudié non pas seulement par le chiffre global, mais surtout par la concentration maxima des deux ou quatre premières heures.

Par ces renseignements, on peut connaître l'état fonctionnel du parenchyme hépatique et l'on peut dire que, lorsque le rose bengale s'élève au-dessus de 4 avec un taux bilirubinémique voisin de 3 ou 4 unités von den Bergh, quand la galactosurie des quatre premières heures dépasse la concentration de 10 à 5 pour 1000 pour des taux d'élimination de 2 grammes au plus, le parenchyme hépatique se trouve dans un état de déficience tel que l'anesthésie peut être par elle seule une raison suffisante pour provoquer une insuffisance hépatique mortelle.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur résume des faits d'expérience personnelle avec la collaboration de Baumgartner. Récemment encore, avec Leveuf, il préconisa la splénectomie pour une énorme splénomégalie dont le foie donnait une exploration fonctionnelle normale. Cette splénomégalie attribuable à une maladie de Gaucher fut opérée sans incidents et les suites furent des plus simples.

Indications opératoires dans les maladies du sang. — M. P.-C. Weil (de Paris). Tous les cas de splénomégalie ne sont pas à opérer. Les formes spléno-adéniques et spléno-hépatiques sont d'ordre médical. Seul le syndrome splénique pur relève de la chirurgie. Encore convient-il d'examiner parfaitement le sujet, car une splénectomie désirable n'est pas toujours réalisable.

Il importe en particulier d'étudier le degré de mobilité de la rate. On se rendra compte dans une certaine mesure de l'existence et de l'importance des adhérences qui offrent parfois des difficultés sinon insurmontables, du moins dangereuses.

Le rôle du médecin sera de transmettre au chirurgien toute la documentation nécessaire : examens du sang, résultats de la ponction splénique, exploration de la fonction rénale et hépatique, etc. La transfusion fournira souvent une aide précieuse.

Dans les meilleures conditions de préparation du malade, et avec une indication opératoire légitime, la guérison peut être obtenue neuf fois sur dix.

M. Alessandri (de Rome) rappelle que la ligature de l'artère splénique a été préconisée et réalisée pour la première fois par Stubenrauch en cas de splénectomie par trop difficile. L'auteur l'a expérimentée à son tour dans l'ictère hémolytique. Bien que les deux malades ainsi traités aient présenté un résultat satisfaisant, M. Alessandri considère la ligature de la splénique comme une opération d'exception à laquelle on devra toujours préferer, quand elle sera possible, l'ablation de la rate.

M. Bourde (de Marseille) rapporte les résultats d'une splénectomie faite par lui il y a cinq ans chez une femme hémogénique. A cette occasion, il insiste sur les dangers d'hémorragies nouvelles que font courir aux sujets opérés les traumatismes et les infections. La syphilis serait assez souvent en jeu et semblerait être une cause non négligeable d'hémorragies génitales.

M. Dziembowski (de Bydgoszez) considère que la meilleure indication de la splénectomie est l'ictère hémolytique. Malheureusement, les résultats ne sont pas toujours de longue durée.

Dans la thrombopénie essentielle, l'auteur a obtenu deux succès manifestes. Il a eu également de bons résultats dans la maladie de Banti opérée au début.

Ont également pris la parole : MM. Abrahamson, Leriche et Patel.

(*A suivre.*) M. Dariau.

NOUVELLES

Prix quinquennal Jean Verhoogen. — Le prix quinquennal Jean Verhoogen est destiné à récompenser le meilleur travail expérimental en clinique chirurgicale, inédit ou déjà publié, mais non encore couronné à un concours, présenté par un ancien étudiant de l'Université libre de Bruxelles, diplômé depuis moins de dix ans au moment du dépôt du mémoire.

Les travaux des candidats seront examinés par un jury de quatre membres, soit trois professeurs de la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles et le président en exercice de la Société belge de chirurgie, qui seront désignés dès le mois d'octobre des années 1935, 1940, 1945 et 1950.

Le prix est accordé par le Conseil d'administration de l'Université sur le rapport et la proposition de ce jury.

Le prix est de 8 474 francs. Il sera distribué en janvier 1936, 1941, 1946 et 1951.

Si le jury estime ne pas devoir attribuer le prix à l'époque prévue, un nouvel appel sera fait et le prix sera distribué l'année suivante, s'il y a lieu. Dans le cas con-

NOUVELLES *(Suite)*

traire, l'appel sera renouvelé d'année en année et éventuellement de manière à décerner deux prix à l'échéance quinquennale suivante.

Cours et travaux pratiques de chimie médicale. — M. le professeur A. DESGREZ, membre de l'Institut, a commencé une série de leçons de *chimie appliquée à la médecine* les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), depuis le samedi 19 novembre.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Dr Henri Labbé, agrégé, chef de travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le professeur BEZANÇON a commencé ses leçons cliniques le vendredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continue les vendredis suivants.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Avec le concours de MM. de Gennes, Etienne Bernard, André Jacquelin, Weismann-Netter, Jean Célice et Chevalley, médecins des hôpitaux; Delarue, Duruy, Oumansky, Mlle Pau, Wahl, chefs de clinique, et anciens chefs de clinique.

Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre de la clinique.

Les lundis et mercredis, à 10 heures, visite dans les salles et présentation de malades.

Le mardi, à 10 heures, visite dans les salles (service des tuberculeux).

Le jeudi, à 10 heures, consultation du rhumatisme (salle des consultations).

Enseignement aux stagiaires : Les mardis, jeudis et samedis, leçon élémentaire à 9 h. 30, suivie d'enseignement clinique par les assistants et les chefs de clinique.

Service des laboratoires : M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; M. Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; M. le Dr Etchegoin, M. le Dr Duchon.

Service radiologique : M. le Dr Tribout.

Service des agents physiques : M. le Dr H. Biancani.

SERVICE DES TUBERCULEUX. — Centre de triage et service du pneumothorax artificiel : M. le Dr Braun, assisté de M. le Dr Destouches, Mme le Dr Frey-Ragu et Mlle le Dr Scherrer. Insufflations mardis et vendredis ; le mardi : visite et présentation de malades à 10 heures.

CONSULTATIONS SPÉCIALES. — Les consultations spéciales suivantes, avec enseignement clinique, auront lieu :

Les mardis et jeudis, à 10 heures : Rhumatisme et maladies de la nutrition, par M. le professeur F. Bezançon, M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux, et Weismann-Netter, médecin des hôpitaux.

Le jeudi, à 10 heures : Lipiodolo-diagnostic, par M. le Dr Azoulay, ancien chef de clinique.

Le samedi, à 10 heures : Pneumopathies chroniques, asthme, emphysème, par M. le professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin, médecin des hôpitaux, et M. Jean Célice, médecin des hôpitaux.

Le jeudi, à 10 heures, au centre de triage : Tuberculose pulmonaire, par M. le Dr Braun, Mme le Dr Frey-Ragu et M. le Dr Destouches.

Ecole centrale de puériculture. — L'Ecole centrale de puériculture, dont le siège est 26, boulevard de Vaugirard, a pour but d'apprendre aux jeunes filles l'art d'élever les enfants. Prière de s'inscrire les mardis de 3 heures à 5 heures.

Cours complémentaire sur quelques actualités thérapeutiques. — Ce cours sera fait sous la direction de de M. Maurice Lœper au grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.

Vendredi 2 décembre. — Dr H. Leclerc : Les plantes apéritives.

Samedi 3 décembre. — Dr Tzanck, médecin des hôpitaux : L'intolérance alimentaire et son traitement.

Vendredi 9 décembre. — Dr R. Turpin, médecin des hôpitaux : Traitement et régime de l'alcalose.

Samedi 10 décembre. — Professeur M. Villaret : Les eaux minérales à action digestive.

Vendredi 16 décembre. — Dr Grigaut, chef de laboratoire à la Faculté : Les médications décholestérinisantes.

Samedi 17 décembre. — Dr J. Decourt, médecin des hôpitaux : Les fixateurs du calcium.

Vendredi 6 janvier. — Dr M. Debray, médecin des hôpitaux : L'opothérapie gastrique.

Samedi 7 janvier. — Dr Simonnet, chef de laboratoire à la Faculté : L'orientation chimique de la question des vitamines et des produits endocriniens.

Vendredi 13 janvier. — Dr Ferreyrolles, médecin à la Bourboule : Les doses infinitésimales en thérapeutique.

Samedi 14 janvier. — Dr Bory, ancien chef de clinique à la Faculté : Le soufre et la nutrition.

Vendredi 20 janvier. — Dr R. Garcin, médecin des hôpitaux : Le bore dans la thérapeutique interne.

Samedi 21 janvier. — Dr Guy Laroche, agrégé, médecin des hôpitaux : Nutrition et opothérapie.

Vendredi 27 janvier. — Dr Mougeot, médecin à Royat : L'action biologique des eaux minérales.

Samedi 28 janvier. — Dr Saidman, électro-radiologiste des hôpitaux : Les ondes courtes en thérapeutique.

Vendredi 3 février. — Dr Zimmern, agrégé, membre de l'Académie de médecine : Les indications et les résultats de l'inothérapie.

Samedi 4 février. — Dr Delherm, électro-radiologiste de la Pitié : Adhérences et diathermie.

Vendredi 10 février. — Dr M. Joly, électro-radiologiste des hôpitaux : Action sédative comparée des radiations.

Samedi 11 février. — Dr Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté : Rayons X et activité cellulaire.

Vendredi 17 février. — Dr Boigey, rédacteur technique de Vittel : L'exercice dans les maladies de la nutrition.

Samedi 18 février. — Professeur Lœper : L'oxalémie, son origine et son traitement.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — Ce cours de perfectionnement du jeudi soir, cours gratuit, est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine, français et étrangers, déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles. Le cours commencera le jeudi 1er décembre 1932 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 1er décembre : M. Brindeau. Considérations sur l'ostéomalacie puerpérale. — Jeudi 8 décembre : M. Keiffer. Le problème de

NOUVELLES *(Suite)*

lhémostase spontanée de l'utérus. — Jeudi 15 décembre : M. Metzger. Le traumatisme accidentel n'a pas d'action sur un œuf normal. — Jeudi 22 décembre : M. Chevallier. Quelle conduite tenir en présence d'un enfant dont les parents sont syphilitiques ? — Jeudi 5 janvier : M. Bouha. Système nerveux sympathique et fonctions génitales. — Jeudi 12 janvier : M. Lesbouryès. Considérations sur l'avortement épizootique. — Jeudi 19 janvier : M. Lantuéjoul. Quelques observations de mort inexpliquée du fœtus et du nouveau-né. — Jeudi 26 janvier : M. Manouélian. Phagocytose intraplacentaire des tréponèmes. — Jeudi 2 février : M. Lemeland. Considérations sur les tumeurs malignes de l'utérus de provenance ovulaire. — Jeudi 9 février : M. J.-L. Faure. Traitement des fibromes utérins. — Jeudi 16 février : M. Vandescal. Considérations sur les symphyses pelviennes pendant la grossesse. — Jeudi 23 février : M. Hinglais. Des propriétés de l'hormone anté-hypophysaire et folliculaire dans ses rapports avec la clinique. — Jeudi 2 mars : M. Nattan-Larrier. Considérations nouvelles sur le passage des anticorps à travers le placenta. — Jeudi 9 mars : M. Kœnig Considérations sur le traitement du prolapsus utérin.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Clinique urologique. — *Programme de l'enseignement.* A. Leçons cliniques à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi, à 11 heures. — B. Policlinique à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le vendredi, à 11 heures. — C. Opérations par M. Legueu, le lundi, de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. Le mardi, jeudi, samedi, par M. Frey, agrégé de la clinique, à 10 heures. — D. Visites et consultations, par M. Legueu, les mardis et samedis, à 10 heures. — E. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi, à 10 heures. — F. Examen des malades dans les salles, par MM. Lieutaud et Fayot, chefs de clinique, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30. — G. Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Durand, tous les jours, à la Terrasse, de 9 h. 30 à 11 heures, et par M. Bae, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30. — H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. Chabanier, chef de laboratoire de chimie, le samedi, à 11 heures. — I. Présentations de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. Verliac, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le mardi, à 11 heures. — J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. Gaume, les mardis, jeudis et samedis, à 10 heures. — K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Nyer, assistant, le jeudi, à 11 heures. — L. Démonstrations de radiologie, par M. Truchot, radiologiste de la clinique, le mardi et le samedi, à 10 heures. — M. Service d'actinothérapie, par M. Sneier-Avram, assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30. — N. Cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire par M. Fey, agrégé, le lundi, à 11 heures, à l'amphithéâtre.

Hôpital Ambroise-Paré. — MM. Boucher, Chabanier, Desmarets, Hubert, Montbrun, Monier-Vinard, Perron et Charles Richet fils, médecins et chirurgiens de l'hôpital Ambroise-Paré, ont commencé le vendredi 18 novembre, à 11 heures, une série de conférences sur la pathologie des glandes endocrines.

3e *Conférence.* — Vendredi 2 décembre 1932, à 11 heures, par M. Huber : Les myxœdèmes.

4e *Conférence.* — Vendredi 9 décembre 1932, à 11 heures, par M. Peron : Les hyperthyroïdies.

5e *Conférence.* — Vendredi 16 décembre 1932, à 11 heures, par MM. Desmarest et Charles Richet fils : La thérapeutique médico-chirurgicale des affections du corps thyroïde.

6e *Conférence.* — Vendredi 23 décembre 1932, à 11 heures, par M. Huber : Les tétanies.

7e *Conférence.* — Vendredi 13 janvier 1933, à 11 heures, par MM. Monier-Vinard et Chabanier : Les ostéopathies parathyroïdiennes.

8e *Conférence.* — Vendredi 20 janvier 1933, à 11 heures, par M. Peron : Les syndromes hypophysaires avec dystrophie.

9e *Conférence.* — Vendredi 27 janvier 1933, à 11 heures, par MM. Monier-Vinard et Montbrun : Les tumeurs de l'hypophyse et leur traitement.

10e *Conférence.* — Vendredi 3 février 1933, à 11 heures, par M. Richet fils : Les diabètes neuro-hypophysaires.

11e *Conférence.* — Vendredi 10 février 1933, à 11 heures, par M. Chabanier : Le mécanisme régulateur de la glycémie.

12 *Conférence.* — Vendredi 17 février 1933, à 11 heures, par M. Chabanier : Le mécanisme régulateur de la glycémie, hyper et hypo-glycémie (*suite*).

13e *Conférence.* — Vendredi 24 février 1933, à 11 heures, par M. Desmarest : Les pancréatites aiguës.

14e *Conférence.* — Vendredi 3 mars 1932, à 11 heures, par M. Richet fils : Traitement des diabètes.

15e *Conférence.* — Vendredi 10 mars 1933, à 11 heures, par M. Huber : Pathologie thymique.

16e *Conférence.* — Vendredi 17 mars 1933, à 11 heures, par M. Monier-Vinard : Les mélanodermies.

17e *Conférence* : Vendredi 24 mars 1933, à 11 heures, par M. Monier-Vinard : Les syndromes surrénaux.

18e *Conférence.* — Vendredi 31 mars 1933, à 11 heures, par M. Desmarest : Les syndromes ovariens.

19e *Conférence* : Vendredi 7 avril 1933, à 11 heures, par M. Peron : Les syndromes endocriniens testiculaires.

20e *Conférence.* — Vendredi 28 avril 1933, à 11 heures, par M. Charles Richet fils : Les obésités d'origine glandulaire.

21e *Conférence.* — Vendredi 5 mai 1933, à 11 heures, par M. Peron : Troubles psychiques et glandes endocrines.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique le vendredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot. Il continue son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital, et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du lundi 7 novembre conférences de séméiologie, par M. Th. Alajouanine, agrégé, MM. Bize, Lereboullet, Rouquès, de Sèze, chefs de clinique ; MM. Darquier, Mathieu, Michaux, Mollaret, Périsson, Schmite, Thévenard, Thurel, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

NOUVELLES *(Suite)*

Examens de psychiatrie par M. N. Pérou, médecin des hôpitaux, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Garcin, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de biologie, le jeudi à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Démonstrations de la malariathérapie, par M. Mollaret, chargé du centre de malariathérapie de la Salpêtrière, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, le samedi, à 10 heures, M. Parfoury, le lundi, à 15 heures, et M. Hudelo, le jeudi, à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi, à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mars et octobre 1933.

Un cours sur la séméiologie et la pathologie des nerfs crâniens sera fait en avril 1933 par M. Garcin, médecin des hôpitaux.

Un cours de séméiologie du système nerveux sera fait par M. Th. Alajouanine, agrégé, en mai 1933.

Clinique chirurgicale, Salpêtrière. — Programme de l'enseignement de M. le professeur Gosset, fait avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté ; Robert Monod, D. Petit-Dutaillis, J. Charrier, Leibovici, Thalheimer et Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux ; René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux, Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes ; Georges Lœwy, A. Raiga, G. Scille et R. Sauvage, anciens chefs de clinique, et Funck-Bretano, Lecœur et Andouin, chefs de clinique.

Opérations, par le professeur : mercredi, à 10 heures.

Leçon clinique et de thérapeutique chirurgicales, par le professeur : jeudi, à 11 h. 15.

Radio-diagnostic, par M. Ledoux-Lebard : lundi et vendredi, à 11 heures.

Visite des salles, par le professeur : samedi, à 11 heures.

Opérations, par les assistants : mardi et jeudi, à 9 h. 30.

Présentation de pièces, par M. Ivan Bertrand : samedi, à 10 heures.

Tous les jours, à 9 h. 30, conférence de séméiologie chirurgicale.

CONSULTATIONS. — *Chirurgie générale.* — Consultation tous les jours, à 9 heures : MM. P. Barrague et Marcel Blondin, anciens chefs de clinique.

Voies urinaires, lundi, mercredi et vendredi, 9 h. 30 : M. Petelin. — Gynécologie, mardi, jeudi et samedi, 9 heures : Mme Francillon-Lobre. — Radiothérapie, mardi, 9 heures : M. Ledoux-Lebard. — Curiethérapie, 10 heures : M. Wallon. — Electrothérapie, lundi et vendredi, 10 heures : Mme Geismar. — Gastro-entérologie (présentation de malades), lundi, mardi, vendredi et samedi, 10 heures : M. René-A. Gutmann. — Gastro-photographie, mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, 8 h. 30 : M. René-A. Gutmann. — Gastroscopie, samedi, 10 h. 30 : M. A. Moulonguet. — Gastro-entérologie, lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 9 heures : Mme Harmelin-Lines. — Gastro-entérologie, samedi, 9 heures : M. Jahiel. — Tuberculoses chirurgicales, mardi, jeudi et samedi, 9 heures : M. Vaudremer. — Oto-rhino-laryngologie, lundi, 9 heures : M. Munch. — Ophtalmologie, premier et troisième mardis, 11 heures : M. Paul-J. Petit. — Rectoscopie, samedi, 9 heures ; M. Savignac. — Bronchoscopothérapie et œsophagoscopie, mercredi, 9 heures : M. Soulas.

Consultations pour les anciens opérés du service. — Gastro-entérologie, samedi, 10 heures : MM. René-A. Gutmann. — Chirurgie générale, lundi, 10 heures : M. George Lœwy.

Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures, par M. Le Noir, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

Une consultation spéciale des affections médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire est faite dans le service mardi et samedi, à 9 heures, par M. Léon-Kindberg, médecin de la Salpêtrière.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu à partir du mois de juin 1933.

Il comprendra : 1° des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le professeur Gosset ; 2° des démonstrations à l'amphithéâtre ; 3° des séances de chirurgie expérimentale ; 4° des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ; 5° des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations à l'amphithéâtre et au laboratoire de chirurgie expérimentale. La date du cours et les droits d'inscription seront fixés ultérieurement.

Un cours complémentaire en langue anglaise d'une durée d'une semaine, réservé aux docteurs en médecine de langue anglaise, aura lieu en juillet 1933. Pour tous renseignements s'adresser à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

Ecole internationale de hautes études d'hygiène. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Paul Strauss, le projet de loi suivant, adopté par la Chambre des députés, est renvoyé avec avis favorable au Sénat :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à Paris, une école internationale de hautes études d'hygiène qui a pour objet de poursuivre, sous les auspices de la Société des Nations, les fins suivantes : compléter, par une institution permanente d'enseignement et d'étude, le système des stages, missions et cours organisés par la Société des Nations en matière d'hygiène ; prolonger l'enseignement des écoles nationales d'hygiène par un enseignement international théorique et pratique ; fournir des facilités d'études et de perfectionnement aux hygiénistes, administrateurs et fonctionnaires sanitaires, par un enseignement destiné à la préparation des dirigeants des écoles nationales ou des services nationaux d'hygiène des pays qui désireraient l'utiliser.

Sont approuvés les accords intervenus au sujet de cette création entre le gouvernement français et le Conseil de la Société des Nations.

NOUVELLES *(Suite)*

ART. 2. — L'école internationale des hautes études d'hygiène est une fondation autonome investie de la personnalité civile.

ART. 3. — La subvention annuelle de 1 million de francs, accordée à l'école en vertu du paragraphe 4 de la lettre adressée le 23 octobre 1930 par le gouvernement français à M. le président du Conseil de la Société des Nations, sera versée en deux termes semestriels.

ART. 4. — Le budget et les comptes de l'école internationale des hautes études d'hygiène visés par l'article 12 du statut organique annexé à la présente loi seront annexé. annuellement à l'exposé des motifs du projet de oi portant fixation du budget général de l'Etat.

Le rapport sur l'activité de l'école visé par l'article 13 du statut organique devra, dès qu'il aura été reçu par le gouvernement français, être communiqué aux Commissions des finances de la Chambre et du Sénat.

Une Faculté de médecine pour les missionnaires. — Le *Temps* a signalé ce printemps, qu'au cours de la « visite sacrée » imposée par Pie XI à tous les collèges, églises et instituts religieux de la Ville éternelle, un couvent de sœurs espagnoles, sur le Monte-Mario, connu par le luxe de son intérieur et dont le budget nécessitait des sommes considérables, avait été sévèrement jugé.

Les journaux italiens annoncent que le couvent a finalement été offert au pape par les sœurs espagnoles. Pie XI a décidé de destiner ce vaste édifice à une Faculté de médecine qui dépendra de l'Université catholique de Milan, qui est sous le contrôle de l'Etat.

La nouvelle Faculté servira à l'étude de la médecine pour les missionnaires.

Croisières médicales au Canada. — Le prochain Congrès français de médecine aura lieu au Canada en septembre 1934. A cette occasion, la section canadienne de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) a élaboré avec le concours des grandes Compagnies plusieurs croisières permettant, au départ du Havre, de faire le déplacement à des conditions très avantageuses.

Prix forfaitaire (tout compris) :

1° Le Havre, Canada Washington: New-York, Le Havre. Durée : 30 jours ; 1re classe : 10 000 francs ; classe touriste : 8 500 rancs.

2° Le Havre, Canada, Chicago, Washington New-York, Le Havre. Durée : 36 jours ; 1re classe : 12 500 francs ; classe touriste : 11 000 francs,

3° Le Havre Canada Côte du Pacifique, Vancouver, Winnipeg, Chicago, Washington, Le Havre. Durée : 46 jours. 1re classe : 17 500 francs ; touriste : 16 000 francs.

Renseignements et inscriptions, A. D. R. M., Faculté de médecine, à Paris.

Croisière médicale française de Pâques 1933. — C'est sous le haut patronage de M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, et de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique, ainsi que sous celui de M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et de nombreux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris et de province, que partira à Pâques 1933 la troisième croisière médicale française.

Le *De Grasse*, paquebot de luxe de 20 000 tonnes de la ligne de New-York que la Compagnie générale transatlantique met spécialement à la disposition du Comité des Croisières médicales françaises, quittera Marseille le 9 avril vers 00 heures pour passer Bonifacio le 10 et faire escale le 11 à Giardini en Sicile, d'où une excursion à Taormina fera admirer les régions les plus caractéristiques de l'île.

La journée du 12 sera consacrée à la visite de Syracuse.

Après avoir touché Corfou et visité l'Achillion, le *De Grasse* remontera la côte albanaise et touchera Buthrote dont l'Acropole récemment mise à jour passe pour une des merveilles du monde. Puis, mettant le cap sur Durrazo, il sera le 15 à Cattaro, située au fond d'un golfe admirable par ses découpures et sa végétation grandiose. Une excursion par le route de Lovcen à Cettigne, ancienne capitale du Monténégro, permettra d'en admirer les richesses.

Après une courte escale à Raguse, le *De Grasse* mouillera deux jours à Venise, la perle de l'Adriatique qui conserve avec sa place Saint-Marc, ses canaux et ses palais, le reflet de la puissance des Doges.

Au retour, les escales de Spalatto, de Port-d'Empédocle avec visite d'Agrigente termineront le voyage avec la visite de Tunis et de Carthage les 22 et 23 avril.

Le 24 avril vers 18 heures, le *De Grasse* sera de retour à Marseille.

Poursuivant ses traditions, le Comité des Croisières médicales françaises n'a pas oublié la partie littéraire et historique du voyage, qui a été confiée au professeur Chasles qui a su charmer les passagers de la croisière de Baltique.

Le Comité est heureux d'offrir des places à des prix extraordinairement bas, à partir de 1 800 francs en classe touriste pour un voyage de seize jours ; de 2 500 francs en 1re classe en cabines à deux personnes et de 2 900 francs en 1re classe en cabines à une place.

Désirant encore mieux, il a pu obtenir sur le billet de passage des médecins eux-mêmes une réduction de 5 p. 100 et comme dans ses croisières précédentes met à la disposition des élèves des hôpitaux un certain nombre de bourses ramenant le prix des places à 800 francs.

Pour le trajet Paris-Marseille, un train spécial de nuit permettra aux passagers de voyager dans les meilleures conditions avec une réduction de 50 p. 100.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot. Téléphone : Odéon 20-63.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 23 *Novembre.* — M. M. AMIGUES, La tuberculose des lobes surnuméraires du poumon.. — Mlle JEANNACOPOULO, Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse. — M. JALEF, Le chlorhydrate de choline et ses applications en thérapeutique. — M. YVES VERON, La crysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux. — M. BOURGIN-VIENNOT, Etude du duodénum mobile. — M. JEAN ROBERT, Etude des métastases osseuses révélatrices des cancers ignorés de la prostate.

24 *Novembre.* — M. TOURAINE, Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoses. — M. Baslez, Les poisons dans l'antiquité égyptienne. — M. LE PAVEC, A propos d'un cas de leucoplasie pharingée. — M. BOUILLÉ, Les orchi-épididymites à staphylocoques. — M. LABOUREAU, Les fascias périrénaux, leur développement, leurs vaisseaux.

NOUVELLES *(Suite)*

26 *Novembre*. — M. LE VAN-HUE, La réaction des hémolysines de Weil-Kapka pour l'étude de la perméabilité méningée. — M. BRUN, Les hypophysites inflammatoires avec ou sans syndrome infundibulo-tubérien au cours des sinusites postérieures. — M. PAPAZOGLOU, Contribution à l'étude de l'évolution des abcès du poumon. — M. COURCHINOUX, La sclérose des varices et des hémorroïdes par la glycérine. — M. MARTIN, Etudes des hépatomégalies syphilitiques tertiaires à forme anacistique. — M. JOURNE, Etude expérimentale du paludisme dans la malariathérapie. — M. MAIRE, Contribution à l'étiologie nerveuse de certaines réactions de l'aponévrose palmaire.

Thèse vétérinaire. — 24 *Novembre*. — M. BRÉHANT, Isoagglutinations chez les animaux.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

26 NOVEMBRE. — *Lyon*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin à l'hôpital Renée Sabran à Giens (Var).

27 NOVEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr TZANCK : Biophylaxie, importance thérapeutique.

28 NOVEMBRE. — *Marseille*. Dernier délai d'inscription pour le concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Marseille.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 11 heures. M. le Dr BRISARD. L'hérédo-syphilis, étude clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique, 9 heures du matin. Concours d'électroradiologiste des hôpitaux.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Maison de la Mutualité (24, rue Saint-Victor). Fête du vingt-cinquième anniversaire de l'Association amicale des médecins des asiles d'aliénés de France, à 21 heures. Pour les cartes, s'adresser à M. le Dr Demay, asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET :La sténose du pylore.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique propédeutique. Hôpital de la Charité, 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Asile clinique, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique des maladies infectieuses, 10 h. 30. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Beaujon, 10 h. 30. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière. Clinique chirurgicale, 11 h. 25. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfant-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 heures, M. le Dr BOHN : Le babeurre.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Concours du professeur suppléant à la chaire de chimie de l'Ecole de médecine de Rennes.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours pour un poste de médecin directeur de sanatorium public.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. M. le professeur CLAUDE : Importance sociale de l'hygiène mentale.

1er DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice* (Seine). Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine de l'asile national de convalescents de Saint-Maurice.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Ecole de stomatologie. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de démonstrateurs de dentisterie opératoire.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures. M. le Dr LUTEMBACHER : Syndrome de Stokes-Adams.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Arthrite protéinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Baudeloque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE: Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique des maladies nerveuses. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique gynécologique. Hôpital Broca, 10 heures. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Lyon*. Bal de l'Association générale de l'internat des hôpitaux de Lyon.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Troubles psychiques du type hébréphrénique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr ABRAMI : Mécanisme de la crise d'asthme.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, Société végétarienne, 20 h. 30. M. J. MORAND : Savez-vous la vérité définitive sur l'alimentation humaine ? — M. KNAP : La chair des animaux, état second de la matière.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hygiène prénatale.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures. M. le Dr LUTEMBOCHER : Alternance. Fibrillation.

8 DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice* (Seine). — Concours de l'internat en médecine de l'asile national de convalescents de Saint-Maurice.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30 : M. le professeu BEZANÇON : Psoriasis et rhumatisme.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai des candidatures aux places vacantes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique, 10 heures. M. le Dr LESNÉ : Le diabète sucré chez l'enfant.

11 DÉCEMBRE. — *Limoges*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie de l'École de médecine de Limoges.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Obsessions. Perversions.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30 M. le professeur CLAUDE : Troubles psychiques du type schizophrénique.

12 DÉCEMBRE. — *Lyon*. Concours de chef des travaux pour le 7e enseignement médecine à l'École vétérinaire de Lyon.

12 DÉCEMBRE. — *Marseille*. Hôtel-Dieu. Concours d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux de Marseille.

14 DÉCEMBRE. — *Le Puy*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux du Puy.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr TARGOWLA : Étiologie générale et dépistage des anomalies.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : La médication salicylée.

16 DÉCEMBRE. — *Melun*. Hôpital. Concours de l'internat en médecine de l'hôpital de Melun.

18 DÉCEMBRE. — *Bruxelles*. Séance annuelle du groupement belge d'études oto-neuro-oculistiques.

18 DÉCEMBRE. — *Angers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Angers.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Les dissociations schizotiques du type hystérique et psychasthénique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hallucinations.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux, 49, rue des Saints-Pères, 10 heures. M. le Dr RAMADIER : Traitement du vertige.

18 DÉCEMBRE. — *Caen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Caen.

22 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. M. le Dr JULES GRAND : Bébés martyrs ; M. le Dr LEGRAIN : A travers la pensée de l'Extrême-Orient.

31 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société des chirurgiens de Paris (Dr CH. BUIZARD, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 DÉCEMBRE. — *Turin*. Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

VARIÉTÉS

LE TRIOMPHE DU QUINQUINA

La part de la Cour et des grands écrivains (1)

J'ai montré un Lafontaine sous un aspect assez peu connu du public, celui de poète didactique. Le fabuliste et le conteur se sont révélés chez lui si supérieurs qu'on néglige tout à fait les autres poésies du bonhomme, sous prétexte qu'elles n'ajoutent rien à sa gloire. J'aime à croire que les médecins, tout au moins, voudront lire *in extenso*



Marie de Rabutin-Chantal, Marquise de Sévigné (fig. 1).

ce poème du quinquina et rendront ainsi hommage au grand talent et à la science d'un des plus illustres enfants de la Picardie (2).

Dans ce qui va suivre, je relaterai quelques citations empruntées aux plus grands noms de la littérature du grand siècle et par elles j'établirai l'action de la Cour, c'est-à-dire l'influence du roi Louis XIV sur la vulgarisation du quinquina, soit en définitive sur la prophylaxie du paludisme et en un mot sur l'assainissement de notre pays.

Jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, les fièvres intermittentes sévissent cruellement sur toute l'Europe en général et sur la France en particulier. Elles n'épargnent ni le roi, ni sa famille, ni la Cour.

Sans doute, les progrès de l'agriculture, les défrichements, le drainage, l'assèchement des marais contribueront à faire disparaître la malaria de notre sol. Pourtant on ne saurait nier que l'usage habituel du quinquina n'ait eu une très large part dans l'obtention de ce résultat.

Sans doute, il y a des insuccès à porter au passif du médicament, insuccès qu'exploiteront bruyamment les adversaires de l'écorce du Pérou. Mais même avec la quinine, même avec la quinine renforcée dans son action parasiticide par une autre médication appropriée, une préparation d'arsenic organique, par exemple; même avec la quinine introduite pour plus de certitude par voie sous-cutanée, soit même intraveineuse, ne voyons-nous pas certains organismes, très rares heureusement, rester réfractaires à l'action du spécifique ? Chez ces malades, les formes parasitaires sexuées, principalement les corps en croissant, persistent en très grand nombre dans le sang; mais en règle plus on prodigue de quinquina et plus on stérilise d'individus : moins nombreux sont les réservoirs de virus, moins nombreux sont ceux qui sont capables de transmettre la maladie à leur entourage.

A la fin du XVII[e] siècle on a fait de la prophylaxie du paludisme, comme M. Jourdain faisait de la prose, avec autant d'inconscience, mais avec non moins de certitude.

Aussi, dès que le pharmacien anglais Tabor ou Talbot eut dévoilé le secret du succès du quinquina en montrant qu'on devait le prendre pendant assez longtemps, à des doses suffisamment élevées et de préférence macéré, à l'état de poudre impalpable, dans des vins généreux, l'alcool du vin dissolvant mieux les principes actifs de l'écorce, en l'espèce les alcaloïdes, la poudre des Pères fit fureur. On l'a prise par sport, comme apéritif avant les repas, comme digestif après, tout comme nous avons vu, après la guerre, la mode des cocktails importée d'Amérique, sévir chez nous.

En 1687, Boileau, atteint d'une extinction de voix, était allé la traiter aux eaux de Bourbon, sans succès d'ailleurs. L'auteur des satires pouvait se plaindre d'avoir fait un voyage inutile. Nous devons, nous, nous réjouir d'une circonstance qui nous a valu un échange de lettres entre Racine et lui; car, dans ces lettres, nous trouvons les renseignements les plus précieux sur le quinquina et l'opinion (3).

(1) Voir *Paris médical*, partie paramédicale, 1932, n[os] 25 et 32.

(2) Guy Patin, dans sa correspondance avec Spon, parle à plusieurs reprises de M. de la Fontaine; il s'agit, contrairement à ce qu'a écrit Reveillé-Parisé, d'un homonyme de notre illustre fabuliste.

(3) Collection des grands écrivains de la France (Monmerqué). Je tiens à adresser mes plus vifs remerciements à mon excellent collègue le D[r] Etienne Sergent, sous-directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie, qui m'a signalé l'existence de cette correspondance entre Racine et Boileau et a poussé l'obligeance jusqu'à m'en envoyer une copie.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Pourtant, dans l'ordre chronologique, nous rencontrons, antérieures à la correspondance de Despréaux et du tendre amant de la Champmeslé, quelques lettres de Mme de Sévigné (1), d'un esprit tout différent. Les deux poètes célèbrent à l'envi les mérites du quinquina. Mme la marquise chante la gloire de Talbot. L'élève de Ménage met l'Anglais au rang d'Esculape et réclame des temples pour cette nouvelle divinité.

De Mme de Sévigné au comte de Guitaut (2).
25 août 1679.

« Hélas ! mon pauvre monsieur, quelles nouvelles vous allez apprendre et quelle douleur j'ai à supporter ! M. le cardinal de Retz (3) *mourut hier après sept jours de fièvre continue. Dieu n'a pas voulu qu'on lui donnât du remède de l'Anglois, quoiqu'il le demandât et que l'expérience de notre bon abbé de Coulanges* (4) *fût tout chaud, et que ce fût même cette Eminence qui nous décidât pour nous tirer de la cruelle Faculté, en protestant que s'il avoit un seul accès de fièvre, il enverroit quérir ce médecin anglois. Sur cela, il tombe malade, il demande de ce remède. Il a la fièvre, il est accablé d'humeurs qui lui causent les foiblesses, un hoquet qui marque la bile dans l'estomac. Tout cela est précisément ce qui est propre pour être guéri et consommé par le remède chaud et vineux de cet Anglois. Mme de Lafayette* (5), *ma fille et moi nous crions miséricorde et nous présentons notre abbé ressuscité, et Dieu ne veut pas que personne décide et chacun, en disant : Je ne veux pas me charger de rien, se charge de tout. Et enfin M. Petit* (6), *soutenu de M. Belay* (7) *l'ont premièrement fait saigner quatre fois en trois jours et puis*



Jean Racine, d'après le tableau du Musée de Langres, attribué à François de Croy (fig. 2).

(1) Mme DE SÉVIGNÉ, Œuvres, *in* Collection des grands écrivains de la France, Paris, Hachette, 1863, t. V, p. 559. — Marie de Rabutin-Chantal, née à Paris en 1626, morte à Grignan en 1696 de la variole.

(2) Comte de Guitaut. Guillaume de Pechpenroy Comminges (comte de), décédé en 1600.

(3) Cardinal de Retz (Paul de Gondi), coadjuteur de son oncle, l'archevêque de Paris.

(4) Abbé de Coulanges, oncle maternel de Mme de Sévigné, titulaire de l'abbaye de Livry.

(5) Mme DE LAFAYETTE (Jeanne-Marie-Madeleine Pioche de la Vergne, comtesse de), 1634-1693.

(6) Petit ! Guy Patin parle dans plusieurs de ses lettres de plusieurs médecins de Paris du nom de Petit. Le 9 avril 1658 il écrit à Spon : « Il y en a un nommé Petit, fils du greffier de Saint-Victor, âgé de trente-trois ans, lequel passa docteur à Montpellier, il y a environ cinq ans, et qui a trouvé vray ce que je lui avais prédit qu'il ne ferait jamais aisément de médecine à Paris, s'il n'estoit de nostre Faculté ; enfin il s'y est résout. » *Totus est Graecus, Peripateticus, Galenicus, Scaliger* et est fort bon poète latin, témoins les vers qu'il a faits sur la mort de feu M. Naudé que j'ay ouï priser mesme par des Jésuites : *hominum genus superbum et parvae laudationis* (Inédit, supprimé par Spon).

(7) Belay, médecin de la Faculté de Montpellier, s'établit d'abord à Blois, d'où il était originaire, puis vint à Paris en qualité de médecin de Monsieur. Guy Patin le malmène quelque peu. Son compatriote Bernier, sous le surnom du « petit homme, » le peint, dans ses *Essais de médecine*, sous un jour assez fâcheux.


CRINEX
ACTIVE "PER OS"
"FIXE UN JOUR FIXE"
ÉCHANTILLONS
A
VOLONTÉ
LABORATOIRES DES PRODUITS "CRINEX" 18. Rue S! Amand. PAR 15

deux petits verres de casse qui l'ont fait mourir dans l'opération ; car la casse n'est pas un remède indifférent, quand la fièvre est maligne. Quand ce pauvre cardinal fut à l'agonie, ils consentirent qu'on envoyât quérir l'Anglois. Il vint et dit qu'il ne savoit point ressusciter les morts. Ainsi est péri devant nos yeux cet homme si aimable et si illustre que l'on ne pouvait connoître sans aimer... »

Cettre lettre mériterait, en bien des points, de retenir notre attention. Je n'en retiendrai qu'un seul, le plus important pour nous, médecins. Puisque l'élève de Ménage fait intervenir Dieu en cette affaire, nous pourrions la renvoyer à une fable de Lafontaine. Dieu fait bien ce qu'il fait, dit la moralité de cette allégorie (1).

Malgré toute l'autorité que d'aucuns vous prêtent en médecine, malgré toutes vos prétentions en notre art, vous voudrez bien nous permettre quelques objections, madame la marquise.

De nos jours, il n'y a pas très longtemps, nous connaissons une affection très répandue. Ce n'est pas que la maladie soit nouvelle et qu'elle ait fait beaucoup de progrès numérique depuis votre époque : c'est uniquement qu'on apporte beaucoup plus de soins qu'autrefois à la pratique des autopsies. Ce mal, c'est l'appendicite. Nous ne voyons aucune raison pour qu'elle soit devenue plus fréquente depuis la fin du XVIIe siècle. Nous nous demandons si le hoquet que vous signalez n'était pas un signe de réaction péritonéale. Quant à l'action fâcheuse de la casse, nous sommes entièrement de votre avis, mais pas pour les mêmes motifs. Vous incriminez la casse en tant que casse. Nous l'incriminons, nous, en tant que purgatif, et nous croyons que le sené, voire le sirop de roses pâles si cher à Guy Patin, n'exposait pas les malades atteints d'appendicite à de moindres périls. Le quinquina, dans le cas de Gondi, fût resté pour le moins inefficace. Quelque Denyau, quelque Mauvillain ou quelque autre adversaire de l'écorce du Pérou eût profité de l'incident pour mettre en garde ses contemporains contre l'action néfaste de cette drogue. Et vous-même, belle dame, n'eussiez-vous pas perdu votre confiance en ce petit homme pour qui vous réclamez des autels et même des temples ? Votre confiance va bien moins au quinquina qu'à cet insulaire qui guérit non seulement la fièvre, mais aussi le rhume et le dévoiement, comme vont nous l'apprendre quelques-unes de vos lettres.

Ainsi le 29 septembre de la même année, Mme de Sévigné écrit à sa fille (2) :

« *L'Anglois est venu voir le bon abbé sur ce rhume qui nous fait peur, il a mis dans son vin et son quinquina une certaine sorte de chose douce qui est si admirable que le bon abbé sent son rhume tout cuit et nous ne craignons plus rien. C'est ce qu'il donna à Hautefeuille* (3) *qui le guérit en un moment de la fluxion sur la poitrine dont il mouroit et de la fièvre continue. Le chevalier est allé en Espagne. En vérité ce remède est miraculeux.* » Et elle ajoute : « *On ne parle que de cela à la cour* ».



Boileau (fig. 3).

Et la semaine suivante, elle confirme en ces termes, à sa fille, la guérison du bon abbé (5) :

« *Le bon abbé est parfaitement guéri ; son rhume s'en est allé avec sa fièvre, l'Anglois est un homme divin.* »

L'année suivante, le 9 octobre 1680, la marquise annonçait à sa fille la mort d'un notable Harpagon, en quels termes (6) !

« *M. d'Hautefort* (7) *est mort, voilà encore un cordon bleu qui fait place aux autres. Il n'a jamais voulu prendre du remède anglois, disant qu'il étoit trop cher. On lui dit : « Monsieur, vous n'en donnerez*

(1) Le paysan, sinon le fabuliste, ne connaissait certainement pas alors le fruit de l'arbre à pain, ni le cédrat, ni la noix de coco.

(2) Mme DE SÉVIGNÉ, Œuvres complètes, Éd. Monmerqué, Paris, Hachette, 1863, t. VI, p. 27 et 28.

(3) Hautefeuille (comte d'), baron de Malicorne, mort en 1694.

(4) Schemit ou Chmitte (pour Smith), assistant de Talbot.

(5) Mme DE SÉVIGNÉ, Œuvres, t. VI, p. 39.

(6) Eod. loc., t. VI, p. 103.

(7) Hautefort (Jacques-François, marquis d'), 1609-1680.

VARIÉTÉS *(Suite)*

que quarante pistoles », il dit en expirant : « C'est trop » (1).

Un mois après cette lettre, le Dauphin est gravement malade, la dauphine par contre est convalescente.

« L'Anglois a promis au roi sur sa tête et si positivement de guérir Monseigneur (2) *dans quatre jours et de la fièvre et du dévoiement que s'il n'y réussit, je crois qu'on le jettera par les fenêtres, mais si ces prophéties sont aussi véritables qu'elles l'ont été pour tous les malades qu'il a traités, je dirai qu'il lui faut un temple comme à Esculape. C'est dommage que Molière soit mort, il feroit une scène merveilleuse de Daquin qui est enragé de n'avoir pas le bon remède et de tous les autres médecins qui sont accablés par les expériences, par les succès et par les prophéties comme divines de ce petit homme. Le Roi lui a fait composer son remède devant lui et lui confie la santé de Monseigneur. Pour Mme la Dauphine, elle est déjà mieux et le comte de Grammont disait hier au nez de Daquin :*

Talbot est vainqueur du trépas,
Daquin ne lui résiste pas
La Dauphine est convalescente
Que chacun chante, etc...

On ne parle à la cour que de cela (3). »

Pendant sept ans la marquise est muette sur le quinquina, mais le 22 septembre 1687, elle signale à sa fille la maladie du roi, en même temps qu'elle lui demande des nouvelles de son gendre :

« Je voudrais bien savoir comment se porte M. de Grignan, M. le chevalier (4) *et comme vous êtes vous-même, je suis effrayée de la fièvre, je crois que le quinquina ôtera bientôt celle du roi, nous en prions Dieu* (5) ».

Trois jours après, elle peut annoncer à sa fille que le quinquina a fait en faveur du roi ses miracles ordinaires. Par contre, une mauvaise nouvelle vient compenser celle-là : *« Mme la maréchale de Rochefort* (6) *mande à Mme de Nangis* (7) *la maladie de M. le duc de Bourgogne* (8) *dont elle paraît extrêmement inquiète »* (9).

En 1690 la marquise accorde encore deux mentions au quinquina. De Provence, elle écrit à Mme de Coulanges, que son gendre est atteint de colique et de fièvre continue avec deux redoublements par jour. Elle exprime l'espoir que le quinquina fera en faveur de M. de Grignan ses miracles habituels. Huit mois plus tard, sa foi dans l'écorce du Pérou semble avoir subi quelque atteinte, et c'est d'un ton désabusé qu'elle écrit à Mme de Coulanges : *« Nous avons passé l'hiver ici sans autre chagrin que de voir le maître de la maison atteint d'une fièvre dont le quinquina a eu toutes les peines à le tirer, tout quinquina qu'il est. »*

Avec Racine, nous allons entendre un son de cloche un peu différent. Il n'est plus question ici de Talbot, mais du quinquina seul. S'il a connu Fagon, il n'en parle que comme d'un médecin sagace, non comme d'une divinité.

Racine à Boileau,
le 8 août 1867.

« Je vous avais mandé qu'il fallait un miracle pour sauver M. Hessein (10). *Il est sauvé et c'est votre bon ami le quinquina qui a fait ce miracle. L'émétique l'avait mis à la mort. Fagon arriva fort à propos qui, le croyant à demi mort, ordonna au plus vite le quinquina. Il est présentement sans fièvre. Je l'ai même tantôt fait rire jusqu'à la convulsion en lui lisant l'endroit de votre lettre où vous parlez du bachelier, du curé et du barbier... Quantité de nos amis sont malades, entre autres M. le duc de Chevreuse* (11) *et M. de Chamblain* (12) *: tous deux ont la fièvre double tierce. M. de Chamblain a déjà pris le quinquina, M. de Chevreuse le prendra au premier jour. On ne voit à la Cour que des gens qui ont le ventre plein de quinquina... M. Hessein dit qu'il n'a jamais rien bu de plus agréable et qu'à chaque fois qu'il en prend il sent la vie descendre dans son estomac... »*

Le 24 août, Racine peut confirmer à son ami la guérison de M. Hessein ;

« Je vous dirai avant toutes choses, que M. Hessein, excepté quelque petit reste de faiblesse, est entièrement hors d'affaire et ne prendra plus de huit jours du quinquina, à moins qu'il n'en prenne pour son plaisir, car la chose devient à la mode et l'on commencera bientôt, à la fin des repas, à le servir, comme le café et le chocolat. L'autre jour à Marly, Monseigneur, après un grand fort déjeuner avec Mme la princesse de Conti et d'autres dames (13), *en envoya quérir deux bouteilles chez les apothicaires du Roi, et en but le premier un grand verre, exemple qui fut suivi par toute la compagnie, qui trois heures après*

(1) *Eod. loc.*, t. VII, p. 128 et 129.
(2) Monseigneur (le grand dauphin), 1661-1711.
(3) *Eod. loc.*, t. VIII, p. 102.
(4) M. le chevalier : frère du comte de Grignan.
(5) *Eod. loc.*, t. VIII p. 105,.
(6) Mme la maréchale de Rochefort (Madeleine de Laval de Bois Dauphin, marquise de), 1646-1729.
(7) Mme de Nangis (Marie-Henriette d'Aloigny de Rochefort, marquise de), née en 1664 fille de la précédente.
(8) Le duc de Bourgogne (Louis, duc de), 1682-1712.
(9) *Eod. loc.*, t. IX, p. 25 et 90.
(10) Hessein (Pierre), secrétaire du roi ; on écrit parfois Hessin et Hesselin.
(11) Le duc de Chevreuse (Charles Honoré d'Albert, duc de), 1645-1712.
(12) M. de Chamblain, orateur riche et éclairé des lettres, ami de Racine et de Boileau.
(13) La princesse de Conti (Marie-Anne de Bourbon, Mlle de Blois), fille légitimée de Louis XIV et de Mlle de La Vallière, 1666-1685, mariée à Louis-Armand de Bourbon, prince de Conti, le 16 novembre 1680.


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS
HEPATHEMO
Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop
SYNDROMES
ANÉMIQUES
DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE
9 RUE PAUL BAUDRY - PARIS VIII°

VARIÉTÉS *(Suite)*

en dîna que mieux. M. de Termes (1) *est du nombre de ceux que je vous ai mandé qui avaient l'estomac farci de quinquina. Croyez-vous que le quinquina qui vous a sauvé la vie ne vous rendroit point la voix ? Il devroit du moins vous être plus favorable qu'à un autre, vous qui vous êtes enroué tant de fois à le louer.* »

A ces deux lettres, l'auteur des satires répond en raillant agréablement une pratique de ces messieurs de la Faculté de Paris, pratique contre laquelle s'était déjà élevé Daquin.

Boileau à Racine,
28 août 1668.

« *J'ai été tout frappé de l'agréable débauche de Monseigneur chez Mme la princesse de Conti, mais ne songe-t-il point à l'insulte qu'il a faite par là à ces messieurs de la Faculté ? Passe pour avaler le quinquina sans avoir la fièvre, mais le prendre sans s'être préalablement fait saigner et purger, c'est une chose qui crie vengeance.* »

Au commencement de septembre une maladie de Louvois (2) fournit encore à Racine l'occasion de faire un éloge, discret il est vrai du quinquina.

« *J'eusse bien voulu vous pouvoir mander que M. de Louvois est guéri en vous mandant qu'il a été malade, mais ma femme* (3) *qui revient de voir Mme de la Chapelle* (4) *m'apprend qu'il a encore la fièvre. Elle étoit d'abord comme continue et même assez grande, elle n'est présentement qu'intermittente, c'est encore une obligation que nous avons au quinquina* (5).

En scrutant avec un peu d'attention les lettres et les mémoires du temps, on pourrait augmenter considérablement la liste des apologies du quinquina dues à la plume des grands écrivains du siècle de Louis XIV. De tous ceux-là, je n'en retiendrai qu'un : La Bruyère. Dans son livre *De quelques usages*, il associe, dans une invocation d'une envolée qui ne manque pas de lyrisme, le quinquina au nom de Fagon, qu'il compare à Esculape. « *La mort surprend agréablement et sans s'être fait craindre. On la sent plus tôt qu'on a songé à s'y préparer et à s'y résoudre. O! Fagon Esculape ! faites régner sur la terre le quinquina et l'émétique, conduisez à sa perfection la science des simples qui sont donnés aux hommes pour prolonger leur vie ; observez dans les cures avec plus de précision que personne n'a encore fait* (6) ».

H. Gros.

(1) M. de Termes (Roger de Pardaillan de Tondrin, marquis de), neveu de Mme de Montespan, mort en 1704 (compromis dans l'affaire des poisons).

(2) Louvois. (Michel Le Tellier, marquis de) né en 1641, décédé en 1691.

(3) Ma femme, Mme Racine.

(4) Mme de la Chapelle (Charlotte Donzois), nièce de Boileau, 1638-1719.

(5) *Eod. loc.*, t. VI, 5 septembre 1687.

(6) La Bruyère, Œuvres publiées sous la direction de A. Régnier, t. II, p. 200.

UN CENTRE POUR LE TRAITEMENT DES ENFANTS PARALYSÉS

LES PARALYSIES INFANTILES ET LEUR TRAITEMENT MÉTHODIQUE PAR LE MOUVEMENT

Nous avons dit souvent combien il était désobligeant pour nous, Français, qu'il soit nécessaire de s'adresser à la charité publique, afin d'obtenir les crédits nécessaires aux recherches et aux travaux de la science française.

Oh ! qu'on nous entende bien. Il ne s'agit pas de mépriser les humbles de bonne volonté qui économisent sur leurs maigres ressources pour apporter leur obole. Notre Seigneur, lui-même, nous a donné l'exemple ; n'a-t-il pas accepté les présents de Marie-Madeleine, n'a-t-il pas voulu vivre auprès des simples ? Il n'y a donc dans notre impatience aucune trace de fierté déplacée.

Ce qui nous irrite un peu, c'est que les robins qui nous dirigent n'aient pas encore pu comprendre que la question science est affaire d'État et non de particuliers, la guerre l'a assez montré. Il y a dans l'incompréhension, dans l'insouciance actuelle des politiciens, comme une sorte de torpeur animale tout à fait déplaisante, car enfin les découvertes scientifiques ne sont-elles pas au premier chef, pour la nation, une source de richesse, et cette richesse, n'est-il pas du devoir de l'État de l'augmenter ? Quand sortirons-nous de l'état misérable révélé par tant de petits signes d'anarchie politique ? A quand le budget des chercheurs ?

Certes, les particuliers auront toujours leur rôle et leur place.

Parmi les fondations privées, il en est une sur laquelle il est utile de revenir, bien qu'elle ait été déjà présentée aux lecteurs de la grande presse.

Mais le but thérapeutique poursuivi par cette fondation est, pour ainsi dire, unique dans son genre et mérite qu'on s'y arrête de nouveau. Il s'agit de l'établissement de rééducation physiothérapique installé à Saint-Fargeau en Seine-et-Marne et destiné au traitement de diverses paralysies, telles que l'hémiplégie spasmodique, la maladie de Little, la poliomyélite antérieure aiguë. Cette dernière maladie, il faut malheureusement en prendre notre parti, est en progression en France, tout particulièrement dans certaines régions où il s'est formé, ces dernières années, de véritables centres épidémiques. La maladie est de nature infectieuse, à n'en pas douter. Elle se transmet par voie de contagion et dans les conditions que nous ignorons totalement, comme nous ignorons la nature du microbe qui en est l'agent.

C'est sans doute un de ces microbes d'une ténuité extrême, invisibles sous nos microscopes et dont les cultures traversent, dans nos laboratoires, les filtres de porcelaine les plus denses. Il s'agirait, donc, d'un virus *filtrant*, comme l'est celui de bien d'autres infections des

VARIÉTÉS *(Suite)*

centres nerveux, l'encéphalite léthargique, par exemple, et jusqu'ici rebelle à toutes nos investigations.

Mais nous avons la preuve que les séquelles de cette maladie considérées comme incurables peuvent être très améliorées, si elles ne sont pas toujours guéries. Or la paralysie infantile est, de toutes les affections de l'enfance la seule, peut-être, dont on ne s'occupe pas, et pourtant c'en est une des plus fréquentes.

On sait que les enfants ainsi paralysés demeurent, le plus souvent, impotents par manque de soins appropriés, et que ces enfants restant, de ce fait, définitivement infirmes, deviennent une charge perpétuelle pour leurs familles respectives.

L'état de ces malheureux les bannit de partout, ce ne sont ni des malades, ni des bien portants, ce sont des infirmes, du déchet humain auxquels on ne s'intéresse pas. Les hôpitaux ne les prennent que pendant la période aiguë de la maladie, ou après de rares interventions chirurgicales : ténotomie ou arthrodèse, pratiquées de temps à autre sur les plus favorisés d'entre eux ; opérations dont le résultat ne peut être valable que si elles sont suivies d'un traitement long qui n'est donné nulle part.

Dans ces conditions, la destinée de ces infirmes est la suivante : demeurer éternellement à la charge de leur famille ou être admis dans un asile d'incurables.

C'est cette situation lamentable qui frappa Mme Delpech-Poidatz, laquelle, atteinte à l'âge de huit ans de la paralysie des quatre membres, parvint, grâce à un effort de rééducation musculaire poursuivi pendant des années, à se guérir fonctionnellement. Elle voulut faire profiter de son expérience les paralysés et créa, en lisière de la forêt de Fontainebleau, dans une atmosphère pure, un centre de rééducation physiothérapique pour enfants paralysés : la *Colonie de Saint-Fargeau.*

On y obtient des résultats remarquables au moyen d'appareils spéciaux et par des méthodes de rééducation qui permettent à ces infirmes de récupérer, souvent en grande partie, l'usage de leurs membres. Nous avons pu constater que ces procédés de gymnastique rationnelle, patiemment surveillés et continués, qui n'excluent d'ailleurs pas les autres traitements médicaux, chirurgicaux, orthopédiques, ni l'emploi de la diathermie, donnent souvent des résultats inespérés chez les malades atteints de paralysie infantile.

Dans ses études sur la rééducation physiothérapique et sur les résultats obtenus à la *Colonie de Saint-Fargeau,* le regretté Dr F. Helme constatait que sur dix sujets, neuf sortaient fonctionnellement guéris. « Entrés infirmes, ils sortent, disait-il, capables de vivre normalement et d'exercer une profession, de fonder un foyer et de créer une famille. »

Parallèlement au traitement, on s'occupe à Saint-Fargeau de l'éducation et de l'instruction des enfants. Beaucoup, en effet, sont en retard, du fait de leur état, et un professeur attaché à la Colonie prépare les enfants aux examens. Et c'est en cela qu'apparaît encore le noble et séduisant intérêt de cette fondation.

Ajoutons que les enfants qui sont soignés à la Colonie de Saint-Fargeau y sont particulièrement bien placés pour jouir, dans une campagne aérée et saine, des bienfaits de la cure d'air et de soleil, complément indispensable du traitement physiothérapique.

Une telle fondation répond, en vérité, à un besoin certain. Mais ce n'est pas assez que d'ouvrir la main, l'eût-on pleine de vérités. Pour que ces vérités fassent leur entrée dans le corps médical, il faut que la presse suffisamment accréditée veuille bien les y présenter.

C'est pourquoi nous avons cru de notre devoir d'apporter notre concours à la Colonie de Saint-Fargeau, aussi riche en résultats déjà obtenus qu'en innombrables promesses et qui, recevant des malades appartenant à toutes les classes de la société, présente les caractères d'une œuvre d'intérêt général.

Ceux qui voudront sur cette fondation des renseignements plus complets, pourront s'adresser à la Colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry (Seine-et-Marne), où le directeur leur fera parvenir le complément nécessaire d'information.

DURAND.

MOLIÈRE ET SON TEMPS (1)

Les médecins n'ont pas longtemps tenu rigueur à Molière de ses attaques. Mais en vérité, s'ils gardaient rancune à tous leurs ennemis déclarés, ce serait bien des affaires. Cependant Molière fait autre chose et plus que de les ridiculiser ; il nie la médecine même. Cela se voit le mieux dans la scène I, acte III, de *Don Juan*, scène, disons-le en passant, après laquelle on serait bien hardi d'affirmer que Molière n'a pas de philosophie générale et qu'il ne se soucie ou n'a garde, *ne travaillant que pour la rate*, comme disait un de ses détracteurs, d'en introduire une en ses comédies. « Leur art est pure grimace, affirme des médecins le héros. — Comment, monsieur ! réplique Sganarelle, vous êtes aussi impie en médecine ? — C'est, reprend Don Juan, une des grandes erreurs qui soient parmi les hommes. » La question ne saurait être prise de plus haut.

Certains (dont ce Jean Bernier dont nous parlerons plus loin) ont reproché à Molière d'avoir raillé les *malades*. Cela ne peut être avancé qu'à l'égard de la crédulité qu'ils montreraient aux médecins. Molière aurait pensé que le médecin est une disgrâce supplémentaire attachée à la maladie. Celle-ci était à ses yeux, non pas certes, comme aux yeux de Pascal, l'*état naturel du chrétien*, mais un désordre de la prétendue Bonne-Nature, d'où elle sait bien se tirer, pourvu qu'on la laisse faire. Mais il y avait peut-être autre chose encore dans la pensée de Molière, à savoir quelque ironie désenchantée devant cet amoindrissement de la maladie qui nous fait souvenir à chaque pas et à chaque heure de notre tragique fragilité. Encore une fois, cette amère dérision de notre faiblesse est bien affranchie de tout esprit chrétien.

(1) G. MICHAUT, *Molière raconté par ceux qui l'ont vu*, un vol. in-12 de 246 pages, 1932, Paris, Librairie Stock.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Il arriva d'autre part qu'en un temps où la mort était considérée avec tant de sérieux et de gravité par des esprits imbus de religion, la fin de Molière, succombant presque au moment où, parmi les jeux condamnables de la scène, il simulait la bouffonnerie macabre d'un égrotant entêté de médecine, fut un vrai scandale. D'ailleurs l'événement procurait encore une lugubre mais éclatante vengeance aux médecins.

Un livre tout récent de M. Gustave Michaut, moliériste des plus actifs, *Molière raconté par ceux qui l'ont vu*, présente tout un recueil de pièces officielles ou de documents littéraires contemporains, touchant la vie et la personne de Molière. Ce petit livre est commode, en ce qu'il offre à la curiosité la réunion de beaucoup de témoignages rares ou dispersés.

Il s'y trouve, entre autres, un long extrait d'*Elomire hypocondre ou les Médecins vengés* (1670), la comédie haineuse (non représentée) de Le Boulanger de Chalussay. Certains passages relatifs aux médecins sont à retenir.

En 1674, Brécourt, qui avait fait partie de la troupe de Molière, composa une petite pièce, *l'Ombre de Molière*, où celle-ci, chez Pluton, rend raison de ses attaques devant ses victimes familières qui l'interpellent. Aux médecins, elle expose d'abord la distinction classique (parallèle à l'opposition des vrais et des faux dévots pour *Tartufe*) des bons et des mauvais médecins. Mais à la fin la tirade s'emporte :

« Ah ! qu'heureux sont les animaux que la simple nature sait guérir sans le secours de leurs consultations (des médecins) ! Que l'être brutal (latinisme : *bruta anima*) serait à souhaiter quand on devient malade ! Mais aussi qu'il serait à craindre s'il se trouvait autant de médecins parmi les bêtes que de bêtes parmi les médecins ! »

Un des plus curieux témoignages sur Molière acteur est dû à un médecin, Jean Bernier, de Blois (et non d'Amboise), comme on lit dans la thèse de Maurice Raynaud, *Les médecins au temps de Molière* (1862, page 437, note). Jean Bernier donc, en ses *Essais de médecine*, page 215 (1689), nous dit que Molière *était encore meilleur acteur que bon auteur*, et nous parle de *son visage qu'il avait, comme on dit, dans les mains*. A la page suivante, il fait allusion à *sa petite poitrine* : c'était, on le sait assez, la partie faible de Molière. C'est Loiseleur en ses *Points obscurs de la vie de Molière* (1877), qui semble avoir déniché ce texte de Jean Bernier. L'édition des Grands Écrivains le mentionne d'après lui (tome XI, page 195. Notice bibliographique), et Larroumet l'a reproduit dans sa *Comédie de Molière* (1886).

Le témoignage de Jean Bernier, pittoresque en sa forme, concorde avec les autres indications qui ont été conservées au sujet de Molière acteur. On admirait surtout son jeu, sa mobilité de physionomie, son naturel et sa vivacité. Des défauts physiques (volubilité, « hoquet ») le rendaient peu propre à la tragédie qu'il aimait tant jouer, et où nous l'aurions, sans doute, trouvé étonnant, mais où sa façon pouvait déconcerter les contemporains. On admirait encore la manière dont il dressait sa troupe et lui donnait de l'unité, et enfin son coup d'œil de metteur en scène. Autant d'aspects variés de Molière, auxquels il faudrait ajouter le directeur de théâtre, à qui M. Henry Bidou consacra naguère (*Journal des Débats*, août et septembre 1931 ; voir du même *Revue de Paris*, 1er février 1931, p. 676) de si précieux articles.

Le livre de M. Michaut nous pourvoit de nombre d'indications de première main. Or, il est plus utile que tout d'aller aux sources mêmes pour notre grand comique, que la légende et les « traditions » ont déformé à plaisir ; mieux vaut encore l'obscurité que l'erreur.

Le dernier document reproduit par M. Michaut est le chapitre de Molière dans les *Hommes illustres* de Charles Perrault, le frère de ce Claude qui « de mauvais médecin devint bon architecte » (1). Parmi de grands éloges bien sentis, il reproche à Molière d'avoir raillé pêle-mêle bons et mauvais médecins, et d'avoir attaqué la médecine en elle-même. L'Écriture, dit Charles Perrault, nous enjoint d'honorer les médecins (2).

Les pièces les plus émouvantes du recueil de M. Michaut concernent la mort de Molière : mention du *livre de raison* de l'excellent La Grange ; requête d'Armande Béjart, veuve de Jean-Baptiste Poquelin de Molière, à l'archevêque de Paris le jour même de la mort, afin qu'il lui plaise accorder à la suppliante que son mari soit inhumé en l'église Saint-Eustache sa paroisse, dans les voies ordinaires et accoutumées; un récit anonyme des obsèques ; l'acte d'inhumation.

EDMOND LACOSTE.

(1) On sait que Boileau redoubla dans une épigramme venimeuse. Boileau était en général hostile aux médecins; ce qui, vu son humeur chagrine et ses idées étroites, n'a pas, non plus que beaucoup de ses jugements, conséquence.

(2) Le texte est encore utilisé par Bossuet dans sa *Politique*. Le même chapitre de l'*Ecclésiastique* dit : *Il arrive que leurs mains* (des médecins) *ont du succès* : forme d'affirmation prudente, voire ironique ! Et quelques lignes plus bas on dirait que le médecin est donné comme l'instrument des vengeances du Très Haut : « Que celui qui pèche sous les yeux de son créateur tombe entre les mains du médecin ! » Ce n'est pas une inscription pour notre salon d'attente ! On trouvera encore dans le livre de M. Michaut le remarquable Éloge de Molière de Samuel Chappuzeau, qui, entre autres métiers, fut médecin. Un excellent témoignage du temps sur Molière, et qui en utilise beaucoup d'autres, est l'article *Poquelin*, du *Dictionnaire* de Bayle.

VARIÉTÉS *(Suite)*

A PROPOS DU CINQUANTENAIRE DE L'HOPITAL NOTRE-DAME DE MONTRÉAL (1)

Par le Dr LAQUERRIÈRE
Electro-radiologiste de l'hôpital Hérold (Paris) et de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les Canadiens français, dont le blason porte comme devise *Je me souviens*, ont gardé pour la civilisation française un attachement qui inspire l'admiration dès qu'on se rend compte de sa puissance. Mais s'ils aiment la France, s'ils reçoivent les visiteurs venus du « vieux pays » avec une affection fraternelle, il ne faudrait pas s'imaginer que leur seule ambition est de nous copier.

Les visages de la France diffèrent en Bretagne et en Alsace, aux rives de la Garonne et aux bords de la Seine ; rien d'étonnant à ce que celui qu'on rencontre le long du Saint-Laurent ne soit pas semblable aux précédents. Il n'en est pas moins un aspect de la France, et pour certains — dont je suis — il a même cette supériorité d'être plus spécifiquement français parce que plus voisin des origines.

Les Canadiens français groupés dans chaque paroisse, autour du curé qui était le gardien de la religion, de la langue, de la tradition et de la nationalité, ont lutté farouchement, et parfois les armes à la main, pour garder leur personnalité et ne pas subir d'influence étrangère. S'ils s'étaient laissé déformer par cette influence, décourager par le scepticisme, ou s'ils avaient permis aux divagations philosophiques ou aux variations du snobisme de les entraîner, ils auraient depuis longtemps été absorbés.

D'autre part, l'obligation de batailler d'abord pour se défendre contre l'oppression, puis pour obtenir l'égalité avec des conquérants ayant une autre religion et une autre langue, les a conduits à un libéralisme d'esprit que bien des Français — j'ajouterai encore ici : dont je suis — leur envient.

Rapellerai-je une fois de plus qu'au moment où le transformisme était poursuivi et condamné aux États-Unis, c'est au conseil de l'Université catholique française de Montréal qu'on prit sa défense.

Pendant près d'un siècle la France avait oublié le Canada ; depuis soixante-dix ans on recommence à le connaître ; mais il semble que pour beaucoup de Français cette connaissance se borne à savoir qu'au Canada on nous aime bien. On ignore encore qu'il y a une mentalité canadienne française qui s'est faite toute seule et dont l'existence surprend quand on n'a pas été prévenu de sa réalité.

Je n'ai pas la prétention de décrire cette mentalité, mais je voudrais, fidèle à la doctrine de l'école médicale de chez nous, essayer par une observation clinique de faire comprendre et comment les Canadiens français ont eu à lutter, une fois terminée la période de la révolte plus ou moins armée, et combien leurs méthodes d'organisation diffèrent des nôtres.

Cette observation sera l'histoire de l'hôpital Notre-Dame, précédée, comme tout travail du même genre, d'un aperçu sur ses antécédents... héréditaires. Les renseignements qui vont suivre sont puisés, d'une part dans les discours prononcés au banquet offert au professeur Foucher, en février 1932, à l'occasion de son départ de l'hôpital Notre-Dame où il avait exercé *durant cinquante ans*, et, d'autre part, dans le numéro (également de février 1932) volumineux et très luxueux qui fait le plus grand honneur au directeur, mon excellent ami le professeur Lesage, et que vient de publier le journal *L'Union médicale du Canada*, à l'occasion du soixantième anniversaire de sa fondation.

En 1788, le gouvernement britannique avait décidé que pour obtenir la licence d'exercer la médecine au Canada on devrait passer un examen devant une Commission nommée par la Couronne : durant quarante ans, pas un seul Canadien français n'obtint cette licence ; il est vrai qu'un certain nombre de privilégiés tournèrent la difficulté en allant faire leurs études à Edimbourg.

A Montréal, en 1819, en face du vieil Hôtel-Dieu français créé par Jeanne Mance en 1644, les Anglais fondèrent l'Hôpital général. En 1824, la *Montreal Medical Institution* constitua la première école de médecine, elle était de langue anglaise et ne tarda pas à être incorporée dans l'Université Mc Gill.

En 1843 est fondée l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, qui, en 1849, s'entend avec l'Hôtel-Dieu pour y faire son enseignement clinique. Dans cette école qui était anglaise — mais catholique — à ses débuts, l'élément français prend bientôt une part importante, sinon prépondérante, si bien qu'au bout de quelques années l'enseignement y est donné en français. Seulement, comme le gouvernement ne reconnaît pas ses diplômes, l'école est obligée de s'affilier à l'Université Victoria (de Cobourg, en Ontario). Il ne s'agit donc pas d'une école vraiment française.

En 1852, la reine d'Angleterre autorise la fondation à Québec d'une Université de langue française (c'est la reconnaissance définitive du droit des Canadiens français à rester eux-mêmes). Dans cette Université, la Faculté de médecine au début est composée de professeurs anglais ; mais rapidement le corps professoral sera français.

Seulement, un autre danger surgit en 1869 : l'Association médicale canadienne (qui est devenue depuis la *Canadian Medical Association*) est formée à Québec par des médecins venus de tout le Canada : cette association se donne comme

(1) Extrait du *Bulletin de l'Umfia*, sept. 1932.

VARIÉTÉS (*Suite*)

but d'arriver pour toutes les provinces du pays à un système uniforme et d'enseignement médical et de réglementation de la profession. Très rapidement, les médecins canadiens français sont les adversaires de ce projet, car : 1° On prévoit qu'il y aura à l'entrée des écoles de médecine un examen préliminaire pour tous ceux qui ne seront pas « gradués » d'une Université du gouvernement. Un gradué venant d'une colonie anglaise quelconque entrera directement à l'école, tandis qu'un Canadien sortant d'un collège catholique devra passer l'examen ; accepter ce projet serait reconnaître l'infériorité de l'enseignement français. 2° Le conseil futur ne sera pas obligé d'accepter la création d'une école nouvelle ; or, comme les médecins français sont une minorité, ils n'auront que quelques membres dans ce conseil, toutes leurs initiatives risquent donc d'être arrêtées.

La lutte est ardente et se prolonge, mais, en 1872, les Canadiens français remportent la victoire : l'Association médicale canadienne ajourne à... deux ans l'étude du projet.

Au début de cette même année 1872 avait été fondé le journal *l'Union médicale de Montréal*, qui contribua puissamment à la victoire.

Comme on le voit, les Canadiens français avaient dû faire des efforts persévérants pour arriver à conquérir leur indépendance médicale. Désormais, l'enseignement français, le diplôme français existent à Québec, et il est possible d'espérer, si le besoin s'en faisait sentir, la fondation de nouvelles écoles.

Pendant ce temps, la ville de Montréal s'accroissait sans cesse, elle devenait un centre de première importance, et ceux de ses habitants qui étaient Canadiens français désiraient posséder leur propre Ecole de médecine.

Après bien des démarches, le Vatican autorisa l'Université Laval, de Québec, à créer une succursale à Montréal. Cela se passait en 1878. Nous allons voir quels efforts furent nécessaires pour réaliser cette création.

« Le chiffre de la population s'élevait alors à 150 000 âmes (1) ; l'extension du port de Montréal, la grande activité manufacturière qui allait en s'accroissant au sud, à l'ouest et à l'est de Montréal, les moyens de communication plus ou moins lents et primitifs à cette époque... rendaient le besoin d'un nouvel hôpital de plus en plus pressant.

« Les communautés religieuses, déjà chargées et surchargées d'œuvres charitables, n'étaient pas prêtes à investir de nouveaux capitaux... La municipalité de Montréal ne l'était pas davantage. Le gouvernement provincial n'avait pas encore appris à s'intéresser à ces œuvres... Pouvions-nous compter sur la fortune personnelle des millionnaires canadiens français ? Il y en avait si peu, à cette époque, de cette catégorie, qu'on aurait pu les compter sur les cinq doigts de la main (2). »

Les Montréalais canadiens français voulaient donc un nouvel hôpital en même temps qu'une Faculté de médecine. Ils finirent par aboutir en 1881.

« L'inauguration du nouvel hôpital terminait une période de protestation et de lutte dont on n'a pas d'idée aujourd'hui : la lutte *Victoria-Laval*. Cette lutte avait comporté des démissions en bloc, des polémiques vigoureuses, des suppliques et des voyages à Rome, des mandements et des décrets romains. Il fallait, pour soutenir une lutte pareille, des hommes fortement trempés et un chef de file agressif, car la victoire ne pouvait être conquise qu'en brisant des traditions séculaires, qu'en froissant des autorités susceptibles, qu'en se mettant carrément en travers de l'opinion publique. — Que voulaient donc ces hommes d'énergie, dirigés par Lachapelle ? Tout simplement ceci : l'indépendance de l'enseignement universitaire à Montréal, le droit pour les civils d'administrer les hôpitaux, l'obligation pour la charité de rendre compte des montants qu'on lui a confiés... On préférait tout de même recevoir les diplômes de Québec que de les tenir de l'Université Victoria (de Cobourg) (3). »

Il y avait naturellement, comme toujours, les intransigeants qui auraient désiré être d'emblée autonomes et qui ne voulaient recevoir de diplômes ni de Cobourg ni de Québec, et c'est ce qui explique que, créée en 1878, la succursale de l'Université de Québec n'eut un hôpital qu'en 1881 ; logiquement ces choses auraient pu s'arranger assez commodément si l'école de médecine et de chirurgie (*Victoria*) avait en totalité accepté de passer sous l'égide de Québec ; l'Hôtel-Dieu serait devenu l'hôpital universitaire. Mais comme, bien qu'amputée par émission collective d'un grand nombre de ses professeurs, cette école ne voulait pas se modifier, comme d'autre part les religieuses de l'Hôtel-Dieu ne pouvaient rompre le contrat liant leur hôpital à l'ancienne école, on se trouvait en face de difficultés qui sont bien exposées par un témoin de l'époque :

« La nouvelle *Faculté Laval* n'ayant pas d'hôpital pour donner ses cliniques, obtint de l'Université Mc Gill l'autorisation de recevoir et de donner l'enseignement à l'Hôpital général. Il arriva alors ce fait étrange, d'un hôpital catholique hébergeant une école de médecine prétendue rebelle aux ordres du Saint-Siège et un hôpital anglais, protestant, hébergeant et protégeant une école de médecine créée par un décret de Rome.

(1) Il dépasse le million en 1932.

(2) Discours du professeur Foucher au banquet.

(3) Discours de M. le professeur Benoit au banquet.

REVUE DES CONGRÈS

XLI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1932.

TROISIÈME QUESTION.

TRAITE ENT CHIRURGICAL DE , A THI ITES CHRONIQUES NON TUBERCULEUSES DE LA HANCHE

Résumé du rapport de MM. **B. CUNÉO** (de Paris) et **H.-L. ROCHER** (de Bordeaux).

Notions étiologiques. — A. LÉSIONS CONGÉNITALES. — Le rapporteur laisse délibérément de côté la luxation non réduite et devenue irréductible avec le temps. Cette articulation peut être le siège d'un processus pathologique analogue à celui que présente l'arthrite sèche, mais il s'agit là d'un cas dont le diagnostic est incontestable.

Ce qu'il faut envisager ici, c'est l'ensemble des malades qui, pendant de nombreuses années, ont eu une marche quasi normale, sans souffrance, sans trouble, et qui voient leur articulation devenir un jour progressivement raide et douloureuse.

Un examen radiologique montre souvent, en plus des lésions caractéristiques de l'arthrite, une série d'autres signes dont l'interprétation plaide en faveur d'une malformation préalable de la hanche ayant favorisé l'évolution de l'arthrite elle-même.

En somme, on découvre une articulation « mal adaptée », dont la cavité cotyloïde trop évasée n'offre à la tête fémorale qu'un appui insuffisant. Le cotyle, sans profondeur, n'a pas de toit, et la tête fémorale y est pour ainsi dire en état de subluxation permanente.

L'examen attentif de l'os iliaque permet parfois d'affirmer la congénitalité de la lésion, lorsqu'on constate par exemple que le bord inférieur du néo-cotyle est séparé du contour du trou obturateur par un certain intervalle et qu'au niveau de cet intervalle apparaissent les traces de l'ancien cotyle.

De telles modifications sont d'observation courante. Elles semblent donner raison à Calot (cotyles à deux étages, cotyles à double fond), quand il défend l'origine congénitale de l'arthrite sèche déformante. On ne saurait cependant les considérer comme constantes, et, en leur absence, la nature congénitale de l'ascension de la tête fémorale aussi bien que celle de l'évasement du cotyle demeure difficile à prouver.

B. LÉSIONS DYSTROPHIQUES. — Sous cette rubrique, l'auteur entend désigner une série d'affections qui apparaissent toujours dans l'enfance et l'adolescence et qu'Ombrédanne appelle « dystrophies acquises », et Burckhardt « épiphyséo-malacies ».

L'origine congénitale de certaines d'entre elles a été soutenue.

L'*ostéochondrite juvénile* est caractérisée par des modifications du noyau épiphysaire fémoral qui, de supéro-interne, devient supérieur et se fragmente ultérieurement. On note une déformation du col en coxa vara et des lésions du cotyle marquées surtout au niveau du toit de la cavité.

Le simple repos guérirait cette affection dans un délai de six mois à deux ans. Mais souvent persistent des déformations qui vont en s'accentuant, rappelant de plus en plus celles de l'arthrite déformante.

La *coxa vara* et la *coxa valga* constituent, elles aussi, des prédispositions à l'arthrite déformante en raison des troubles qu'elles apportent au fonctionnement normal de l'articulation.

La *chondromatose ou ostéomatose articulaire*, qui ne sont que des lésions anciennes de la synoviale, ont des rapports encore plus étroits avec l'arthrite déformante.

Il en est de même des *corps étrangers articulaires*, conséquences de l'ostéochondrite disséquante de Koning. La lésion principale est une nécrose qu'Axhausen attribuait à des embolies microbiennes et qu'on considère plutôt aujourd'hui comme le résultat d'un traumatisme.

C. LÉSIONS TRAUMATIQUES. — Les grandes lésions traumatiques de la hanche aboutissent fréquemment à l'arthrite déformante. Wettc n'affirma-t-il pas que c'est le cas dans 35 p. 100 des luxations réduites ?

La production de l'arthrite déformante s'expliquerait par l'importance des lésions cartilagineuses et par la nécrose de la tête fémorale brutalement dépourvue de ses vaisseaux nourriciers.

La même lésion nécrotique s'observe encore dans les variétés internes des fractures du col du fémur (fractures par décapitation, ou cervicales proprement dites).

La nécrose céphalique ne saurait aboutir à l'arthrite déformante que si la fracture se consolide. On l'observe même quand la fracture a été traitée par vissage métallique ou osseux.

A côté de la fracture du col du fémur, il faut encore citer comme cause prédisposante, la fracture du cotyle, qu'il s'agisse d'une simple fêlure marginale ou d'un enfoncement grave de la cavité coxale.

Des traumatismes beaucoup moins considérables, mais fréquemment répétés, tels ceux qui résultent du port d'un appareil chez un amputé, d'un surmenage professionnel (danseuses, acrobates), sont encore capables de préparer l'apparition d'une arthrite déformante.

D. LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — Toutes les arthrites coxales de nature infectieuse sont à considérer, qu'il s'agisse d'un ensemencement de l'articulation par un agent vulnérant septique ou d'une inoculation par voie sanguine.

Quel que soit du reste le germe responsable, l'arthrite évolue toujours suivant les mêmes règles. Au déclin de la période aiguë, l'arthrite aboutit à l'ankylose ou bien guérit avec la conservation plus ou moins complète des mouvements, à moins que ne se produise une subluxation pathologique.

Mondor nous a montré, dans un Congrès récent, toute la gravité des arthrites gonococciques et son rôle dans la reproduction des arthrites déformantes.

L'extension continue est certainement la méthode thérapeutique qui met le mieux à l'abri de la subluxation.

Le rhumatisme articulaire aigu franc rentre dans ce cadre des arthrites infectieuses ; mais il faut en éliminer le rhumatisme polyarticulaire chronique et toutes les affections qui prêtent à la méprise, notamment la spondylose rhizomélique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Notions anatomiques normales et pathologiques. — I. Anatomie normale. — L'auteur rappelle l'orientation du col fémoral, celle de la tête fémorale et du grand trochanter, enfin celle de la cavité cotyloïde.

II. Anatomie pathologique macroscopique. — Il en arrive tout naturellement à la description de l'arthrite déformante constituée.

Bien que l'arthrite déformante présente une physionomie toujours identique quelle que soit la lésion initiale, il est cependant possible parfois de trouver dans les caractères de l'arthrite sèche certains détails permettant d'en soupçonner l'origine.

La connaissance de cette origine a une importance thérapeutique ; elle influe sur la détermination opératoire.

A l'examen d'une pièce sèche d'arthrite déformante de la hanche, on est frappé par l'étendue des lésions.

La *tête fémorale* est tellement modifiée qu'elle ne rappelle en rien la disposition anatomique normale. Aplatie, élargie, elle a perdu sa forme sphérique et ressemble à un champignon, à un tampon de wagon.

Le *col du fémur* est raccourci, épaissi et dévié. L'angle d'inclinaison, qui mesure normalement 125°, ne dépasse pas l'angle droit et quelquefois même forme un angle aigu. Il y a donc coxa vara.

D'autres fois, au contraire, l'angle d'inclinaison est augmenté, il y a plutôt coxa valga.

Les variations de la direction du col sont souvent fonctions de la lésion primitive. Ce col peut présenter des saillies osseuses ou cartilagineuses créant un bourrelet péri-articulaire.

Du côté de la *cavité cotyloïde*, les modifications sont tout aussi accusées. Cette cavité se présente sous deux types différents :

Le cotyle profond ;

Le cotyle ouvert.

Dans le premier cas, la cavité a gardé l'aspect d'un cotyle normal. Sa profondeur parfois exagérée tient au relèvement du rebord cotyloïdien par un cercle plus ou moins irrégulier de productions osseuses ou cartilagineuses. Sur les radiographies on a souvent l'image d'un cotyle à double fond.

Le cotyle ouvert est au contraire peu profond, ses bords sont très évasés, il affecte la forme d'un verre de montre.

Normalement, le centre du cotyle doit se trouver sur la ligne de Nélaton-Roser. Il est fréquent de le trouver déplacé en avant ou en arrière de cette ligne. On note alors une ascension du cotyle et parfois l'existence d'un néo-cotyle empiétant sur le cotyle normal.

L'examen d'une pièce fraîche permet l'étude des lésions cartilagineuses. Le cartilage cotyloïdien est beaucoup moins altéré que celui de la tête fémorale. La synoviale est épaisse, ecchymotique ; ses franges sont hypertrophiées et semées de nodules cartilagineux. La capsule est entourée d'une gangue scléro-lipomateuse. Habituellement il n'existe pas d'épanchement.

III. Histologie pathologique. — Les lésions du cartilage articulaire de la tête fémorale sont primordiales. Il semble qu'il se produise initialement un processus purement dégénératif. Pourtant, d'après Axhauser, on pourrait observer à ce moment une nécrose complète.

Les cellules cartilagineuses se multiplient par karyokinèse. Leur corps protoplasmique se gonfle et présente des vacuoles ; le noyau atrophié subit des modifications se traduisant par des altérations de ses propriétés colorantes. Ces lésions aboutissent à la fonte du cartilage.

Sur la plupart des coupes, le cartilage est remplacé par du tissu fibreux ou du fibro-cartilage.

La couche osseuse sous-jacente peut présenter deux aspects :

1° Ou bien il y a ostéolyse sans nécrose osseuse vraie ;

2° Ou bien on note de la nécrose avec modification des réactions colorantes de la substance fondamentale et disparition des ostéoblastes.

La moelle osseuse, à la périphérie, prend les caractères de la moelle jeune. Le bourrelet se montre formé de tissu fibreux semé d'îlots de fibro-cartilage et de travées d'os jeune riche en ostéoblastes.

La synoviale et la capsule sont fusionnées en une même couche fibreuse dense contenant des îlots de fibro-cartilage et des plages d'os néoformés.

Etude clinique. — L'arthrite chronique de la hanche consécutive à un trauma ou à une infection se présente avec les mêmes signes que ceux rencontrés dans la forme dite « arthrite sèche chronique d'emblée ou arthrite déformante ».

Il est facile de la distinguer, et sa guérison est de règle après un traitement opératoire.

Au contraire, les arthrites chroniques de l'adulte et du vieillard méritent de retenir l'attention.

Les symptômes varient peu avec l'âge du sujet. C'est un état d'impotence douloureuse chronique avec çà et là des paroxysmes durant de quelques jours à un ou deux mois. L'évolution se fait « au ralenti ». A ce stade d'arthralgie succède insidieusement un stade d'arthrite déformante. La douleur se localise à la hanche. Elle irradie vers le pli de l'aine, la fesse, la région lombaire, le genou. Elle s'exagère par la position debout et la marche.

L'examen pratiqué sur un plan résistant permet de constater l'*amyotrophie*, l'*attitude vicieuse du membre*, la *limitation des mouvements*.

On note de l'ensellure lombaire et une scoliose compensatrices.

La mobilisation de l'articulation fait entendre des craquements.

Dans la position debout, le « signe du soulier », conséquence du blocage de la flexion, oblige le malade, pour se chausser, à garder la hanche en rectitude et à porter le pied en arrière et en haut.

Le signe de Trendelenburg est habituellement positif.

La boiterie, fonction de la douleur, se fait « en plongeon », par sautillement, par déhanchement.

Certaines arthrites déformantes permettent de sentir la tête fémorale faisant saillie dans le triangle de Scarpa.

La bilatéralité s'observe fréquemment, mais les lésions s'y présentent à des stades différents, et le malade ne se plaint que d'une hanche. La marche se fait alors par pivotement du bassin alternativement d'un côté et de l'autre. Le sujet a l'air d'avancer avec les genoux. Il progresse avec cannes ou béquilles, parfois en déplaçant une chaise qu'il suit et qui lui sert de point d'appui.

Recherches radiographiques. — Au début, on constate que la largeur de l'interligne est diminuée, par amincissement et calcification du cartilage articulaire. La tête

fémorale est floue et son contour se devine plutôt qu'il ne se voit. Il diffère considérablement du contour d'une tête normale.

Au contraire, la cavité cotyloïde est peu modifiée; elle apparaît nettement dans ses détails, du moins pendant longtemps. Le toit est indiqué par une bande noire traduisant une condensation ; sa surface est déplacée en dehors et de l'ancien cotyle apparaît sous forme d'une tache sombre.

Le choix de l'intervention dépend surtout de l'orientation du cotyle. Le cotyle fermé donne la préférence à une résection modelante ; les résultats peuvent être très bons, en raison de l'appui efficace que fournit au fémur le toit de ce cotyle.

Indications thérapeutiques et opératoires. — Le traitement peut être médical ou chirurgical. Le traitement orthopédique non sanglant se place entre l'un et l'autre.

Au début, on se bornera à conseiller un changement de profession, dans l'espoir de diminuer l'action défavorable de la surcharge ; la marche sera remplacée avec profit par l'usage de la bicyclette. Les lésions ostéo-articulaires bénéficieront du traitement thermal, de la kinésithérapie, de la radiothérapie. Tel est le traitement médical pur. En cas d'échec, les méthodes orthopédiques sont indiquées : immobilisation plâtrée, port d'un appareil *ad hoc*, transpositions articulaires avec ou sans ténotomie, le tout favorisant une coaptation meilleure du cotyle et de la tête fémorale.

Si le résultat n'est pas satisfaisant, il conviendra de pratiquer une ostéotomie si possible sous-cutanée, ostéotomie sous-trochantérienne redressant l'axe du membre et corrigeant le porte-à-faux de l'articulation.

L'ostéotomie basse de Schanz, la bifurcation de Lorenz corrigent l'attitude vicieuse du membre et soulagent le fémur ; elles s'appliquent surtout aux hanches subluxées. Chez les sujets jeunes, l'opération de reconstruction par création d'une butée au-dessus de la tête fémorale constitue un excellent moyen d'améliorer la statique et la dynamique de l'articulation. On taille un large lambeau ostéo-périostique dans la zone sus-condylienne, qu'on bascule et qu'on fixe à la capsule.

Le forage du col et de la tête fémorale donne d'intéressants résultats. Par contre, les interventions portant sur le sympathique n'ont donné que des résultats quelconques. La cordotomie, opération radicale contre la douleur, n'est indiquée que chez les grands infirmes, elle n'est pas sans gravité.

L'arthrodèse ne convient qu'aux malades jeunes encore, dont les articulations lombaires et sacro-iliaques peuvent suppléer à la perte de la mobilité de la hanche.

La bilatéralité et la multiplicité des localisations ne contre-indiquent pas toujours le traitement chirurgical.

Il faut distinguer :

A. — Les deux hanches, mais les deux hanches seules sont atteintes. On pourra pratiquer une résection arthroplastique bilatérale en deux temps séparés, ou bien une résection arthroplastique ou modelante à la Withman du côté le plus malade, une ostéotomie simple ou d'appui de l'autre côté, ou bien enfin une résection modelante du côté le plus atteint avec traitement orthopédique du côté opposé.

B. — Plusieurs articulations sur les deux membres inférieurs sont touchées : l'orthopédie reprend tous ses droits (R. Jones-Meyerding).

Rien de spécial n'est à signaler en ce qui concerne la préparation du malade à l'opération. C'est l'ensemble des soins aseptiques qu'exige toute intervention se passant au voisinage de la région anale et de la région inguinale.

L'auteur conseille d'employer le fil stérilisable de préférence au catgut. L'infection locale est plus redoutable encore ici qu'ailleurs ; en imposant des lavages, elle peut entraîner la détérioration du plâtre et son ablation. Le résultat orthopédique est compromis, parfois la vie du malade est en danger.

Suit un exposé des diverses incisions utilisables avec leurs avantages et leurs inconvénients, l'étude des différentes positions qu'on peut donner au malade, le choix des instruments.

Ceci dit, se pose la question du traitement proprement dit.

Il est médical, orthopédique ou chirurgical.

a. **Traitement médical.** — La kinésithérapie, la physiothérapie, la mobilisation, le massage en sont les éléments essentiels ; ils interviennent en tant que thérapeutique isolée ou bien comme adjuvants post-opératoires.

Les moyens médicamenteux : iode, soufre, acide phosphorique, thorium, sels de radium, produits opothérapiques, notamment thyroïde et ovaire, traitements thermaux, ne sont pas à négliger.

b. **Traitement orthopédique.** — Il a pour but : 1° de prévenir ou de retarder l'évolution des altérations articulaires ; 2° de corriger l'attitude vicieuse, d'améliorer l'amplitude de la mobilité que limitent la contracture des muscles et les rétractions de voisinage.

La correction obtenue, le port prolongé d'appareils orthopédiques s'impose sous une surveillance médicale attentive.

c. **Traitement chirurgical.** — I. Ostéotomies et bifurcations. — Ces opérations visent l'attitude vicieuse et la douleur.

L'ostéotomie sous-trochantérienne transversale, à ciel ouvert (Kirmisson, Frœlich, Broca), donne d'excellents résultats dans les arthrites traumatiques et infectieuses. S'il s'agit d'un cotyle ouvert, agrandi avec subluxation, il faut recourir, soit à l'ostéotomie basse de *Schanz*, soit à la bifurcation de *Lorenz*, dont l'auteur expose tous les détails de technique.

II. — La butée est indiquée dans le cas où l'on se trouve en présence d'un cotyle épaissi avec une tête subluxée. La fixation du volet emprunté à la région sus-cotyloïdienne se fera à l'aide de deux gros catguts le transfixant à son extrémité et traversant d'autre part la capsule près de son insertion au grand trochanter (Lance). Le dépouillement très attentif des observations que cet auteur a publiées dans ce journal le 9 décembre 1931 peut se résumer dans le tableau suivant :

1° Subluxation primitive simple : 25 butées (dont 7 au-dessus de dix-sept ans). Bon résultat.

2° Subluxation primitive double : 21 butées (dont 2 au-dessous de dix-sept ans). Bon résultat. Opération du côté le plus douloureux ; un seul cas : opération double.

3° Subluxation douloureuse et luxation intermédiaire : 6 butées (adulte), 5 bons résultats (un cas : butée des

deux côtés). La butée est faite sur le côté subluxé uniquement douloureux.

4° Subluxation par reluxation unilatérale : 14 butées (dont 9 au-dessous de dix-huit ans). Bon résultat.

5° Subluxation par reluxation double : 8 butées (dont 5 au-dessous de quinze ans). Bon résultat.

III. OPÉRATIONS OSTÉOTROPHIQUES. GREFFONS ET FORAGE. — Aimes et Reynes ont transposé le Robertson-Lavalle sur l'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche. Voici les principaux temps opératoires :

1° Longue incision cutanée dans l'axe du fémur s'étendant depuis 2 centimètres de la crête iliaque jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du bord supérieur du grand trochanter.

2° Incision aponévrotique, dissociation musculaire, découverte de l'articulation et dénudation du grand trochanter.

3° Perforation de la zone cotyloïdienne supérieure en direction du fond du cotyle sur une profondeur de 2 centimètres.

4° Perforation à travers le grand trochanter du col et de la tête. Cette dernière est perforée quand on a la sensation de pénétrer dans un os friable.

5° Deux greffons sont taillés aux dépens de la crête iliaque et insérés l'un dans le toit du cotyle, l'autre dans le col. Un lambeau périostique est rabattu sur leur extrémité externe.

Les résultats fonctionnels immédiats sont pleins d'intérêt : diminution des phénomènes douloureux, amélioration physiologique de l'articulation.

IV. ARTHRODÈSE EXTRA-ARTICULAIRE. — On utilise soit des greffons libres, soit des lambeaux ostéo-périostiques. Certains ont combiné les deux techniques. Ces greffons sont fixés dans des niches ou des fentes creusées dans l'aile iliaque, le trochanter ou la zone sus-cotyloïdienne.

Suit un exposé détaillé de la méthode préconisée par Mathieu : verrouillage par pont ostéoplastique ou greffon libre. L'obtention de l'ankylose s'accompagne de la suppression des douleurs et la reprise de la marche.

V. ARTHRODÈSE INTRA-ARTICULAIRE. — Appliquée tout d'abord à des cas de luxation congénitale, puis à des hanches paralytiques, la méthode consistait dans ces conditions à aviver les surfaces articulaires. Les résultats étant quelconques, on compléta cet avivement par une arthro-synthèse par broche, clou ou pointe d'ivoire. L'abrasion des surfaces cartilagineuses agrandissait le cotyle et réduisait le volume de la tête fémorale ; on obtenait ainsi un effet diamétralement opposé à celui qu'on désirait.

Pour cette raison, Albee et Delanglade réalisèrent l'arthrodèse-résection de la hanche qui, du moins, permettait la coaptation des surfaces. L'examen des résultats montre que ceux-ci sont d'autant meilleurs qu'on a recherché davantage une infusion osseuse définitive.

L'arthrodèse intra-articulaire peut se combiner à l'arthrodèse extra-articulaire. Cette intervention mixte se pratique d'emblée, en un seul temps, ou après échec de l'arthrodèse intra-articulaire.

VI. RÉSECTIONS, ARTHROPLASTIES. RÉSECTIONS ARTHROPLASTIQUES. — La première résection de la hanche pour arthrite déformante a été pratiquée par Fock (de Magdebourg) en 1859. Il sectionna le fémur au-dessous du grand trochanter et replaça l'extrémité diaphysaire dans la cavité cotyloïde. Un érysipèle compliqua les suites opératoires. Le malade guérit avec un raccourcissement de deux pouces. Sa néo-articulation était mobile et non douloureuse, mais il ne pouvait marcher qu'avec deux béquilles.

Vingt ans plus tard, Küster supprima simplement la tête fémorale. Le malade suppura mais guérit. Il marchait sans souffrance, sans claudication, aidé d'une semelle surélevée.

L'ère aseptique multiplia les tentatives de résections. Les résultats dans l'ensemble ne furent que relatifs. Actuellement on n'a plus guère recours à cette intervention.

C'est Baur qui semble avoir pratiqué les premières arthroplasties pour arthrites déformantes, et Luxer la première résection limitée à la tête et complétée par le modelage du col et la transposition basse du grand trochanter.

L'arthroplastie vise le rétablissement de la mobilité au niveau d'une articulation ankylosée. Elle n'est indiquée qu'après complète guérison de l'affection causale. La résection modelante, au contraire, s'adresse à des articulations dont les extrémités articulaires sont altérées dans leur structure et déformées. L'opération est ici beaucoup plus largement menée, puisqu'il s'agit de régulariser des surfaces osseuses. L'arthroplastie, si l'on veut garder à ce mot son sens étroit et précis, n'est pas une opération indiquée dans l'arthrite déformante de la hanche, de l'aveu même de Baer et de Murphy, les deux chirurgiens qui l'ont pratiquée le plus souvent.

On lira avec fruit tous les détails qu'exposent les auteurs concernant l'anesthésie, la technique opératoire, les résultats immédiats et à distance, le traitement orthopédique.

VII. LES INTERVENTIONS D'EXCEPTION. — La *cheilotomie*, imaginée par Sampson-Handley et Preston-Ball, consiste dans l'ablation des proliférations osseuses rencontrées sur le sourcil cotyloïdien ou la tête fémorale. Deux observations par eux publiées nous montrent des résultats fort intéressants quant à la suppression de la douleur et le retour du fonctionnement articulaire.

Une observation du même genre est due à De Courcy-Wheeler.

Mouchet et Lefort ont eu recours à cette opération une fois chacun avec succès.

La *chondromatose* de la hanche est rare. Un corps étranger unique justifiera des opérations simples : arthrotomie suivie d'extirpation. Des corps multiples nécessiteront parfois des résections arthro-plastiques ou des arthrodèses.

La *cordotomie* a été pratiquée par Blundell-Bankart au niveau de la Ve dorsale, chez des sujets de cinquante-neuf et quarante-cinq ans. La sensibilité à la douleur fut supprimée jusqu'au rebord costal. Les mouvements furent grandement améliorés. Deux mois après l'intervention, la marche devint normale.

Opérations sur les ganglions et chaînes sympathiques. — A vrai dire, la chirurgie du sympathique ne s'est jamais attaquée à des cas authentiques d'arthrite chronique de la hanche. Elle a été utilisée cependant dans des cas de

polyarthrite déformante progressive s'accompagnant de troubles vaso-moteurs avec artères perméables et souples. Elle n'est pas indiquée dans les ankyloses marquées ni dans celles où persiste un processus infectieux. Les résultats ne sont guère appréciables que pour les petites articulations.

Cet important travail se termine par des conclusions pratiques, notamment en ce qui concerne le choix de l'opération. Il faut tenir compte dans ce choix non seulement de l'étendue des lésions et de leur cause, mais encore de l'âge, de la profession, de l'état moral du sujet.

Discussion.

M. TAVERNIER (de Lyon) essaie toujours le traitement médical. Si les douleurs persistent, il opère.

Sur 8 cas d'arthrites déformantes chirurgicalement traitées, il a obtenu, après section économique et modelage : 2 ankyloses, 3 mobilités réduites, 3 mobilités étendues. Un malade a conservé des douleurs assez vives, un autre des douleurs légères. Ces deux malades présentaient une mobilité étendue.

L'auteur en conclut que l'arthrodèse, en dépit de la gêne qu'elle crée dans la station assise, doit être préférée à tout autre traitement, surtout chez le vieillard. Elle doit être faite « intra-articulaire ».

Chez les sujets jeunes, l'arthroplastie est à tenter. En cas d'échec ou de résultat insuffisant, reste la possibilité d'une arthrodèse secondaire.

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — M. MASMONTEIL (de Paris) insiste sur la fréquence, au point de vue étiologique, des malformations congénitales, qui représentent la cause habituelle de ces arthrites.

Étant donnée cette origine, le traitement par la butée ostéoplastique est tout indiqué.

La technique personnelle de Masmonteil utilise une double greffe :

1° Un volet ostéo-périostique d'origine iliaque, qu'on rabat sur l'articulation ;

2° Un transplant tibial sectionné en trois tronçons qui seront enfoncés au-dessus de l'articulation : l'un en avant, le deuxième au-dessus et le troisième en arrière, dans l'épaisseur même de l'os iliaque.

Ainsi se trouve réalisé un plafond à trois solives, facteurs puissants d'ostéogenèse.

Cette intervention a toujours donné satisfaction à l'auteur.

M. PIERI (de Bellune) se montre partisan de l'arthroplastie chez les sujets qui n'ont pas atteint cinquante ans. S'il s'agit d'un vieillard, l'auteur recherche l'ankylose par une résection modelante.

Sa statistique porte sur 17 femmes: 11 ont été traitées par arthroplastie et 6 par résection. Une malade mourut au quatrième jour, de bronchopneumonie ; les 16 autres sont présentement bien portantes.

Sur ces 16 malades, 6 peuvent fournir une longue marche sans fatigue ni souffrance. Toutes ont subi une résection et sont complètement ankylosées. Les 10 autres opérées, traitées par arthroplastie, présentent des résultats assez satisfaisants, 2, cependant, ont suppuré légèrement ; leur guérison s'est faite par ankylose en bonne position.

M. MASSART (de Paris) distingue, parmi les arthrites chroniques, celles dont l'origine est microbienne et celles qui ont toujours été aseptiques.

Ces dernières surtout relèvent de la chirurgie.

Il importe de les traiter aussitôt que possible, avant que n'apparaissent les déformations.

L'ostéotomie cunéiforme portant sur le col lui paraît être une excellente opération, surtout quand ce col est dévié en varus.

La qualité du squelette doit intervenir dans le choix de l'opération. Vouloir à tout prix modeler un col mou et graisseux, c'est aller au-devant d'un échec.

Volontiers l'auteur place un greffon intracervical doublé d'un greffon sus-cotyloïdien. Il obtient ainsi de bons résultats. Il insiste sur l'importance des soins post-opératoires, sur le port d'un appareil orthopédique qu'il a imaginé et qui permet la surveillance de la hanche opérée.

M. MASINI (de Marseille) rapporte trois observations de malades qu'il a traités en réalisant une arthrodèse extra-articulaire. Les résultats sont bons, notamment en ce qui concerne l'élément douleur.

Les efforts du chirurgien doivent tendre cependant vers la récupération fonctionnelle de l'articulation par une arthroplastie.

M. DESCARPENTRIES (de Roubaix), dans le but d'obtenir une réadaptation de la tête fémorale dans le cotyle, en même temps qu'un réajustement de l'axe du membre, conseille une ostéotomie sous-trochantérienne largement menée, avec section complète de l'os permettant la mobilisation du fragment fémoral supérieur et la bascule de la tête dans le cotyle.

L'intervention est complétée par la pose d'un greffon osseux maintenant la tête fémorale dans sa nouvelle position et par un forage cervico-trochantérien avec greffe centrale.

Le traitement chirurgical ne supprime en rien le traitement médical, et c'est la collaboration du médecin et du chirurgien qui donnera les meilleurs résultats.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) est avant tout partisan du forage du col. Appliquée à dix malades, cette méthode a fait disparaître rapidement les douleurs. La mobilité s'est améliorée ultérieurement.

Le forage est réalisé à l'aide d'une vrille poussée jusqu'au centre de la tête fémorale préalablement repérée radiographiquement.

L'intervention est surtout indiquée dans les cas d'arthrites spécialement douloureuses des vieillards ou chez les sujets à état général déficient, ne pouvant supporter une opération plus sérieuse.

Le forage agit sans doute en créant *in situ* des modifications vasculaires favorables.

M. CLERET (de Chambéry) pense que l'arthroplastie ne convient guère qu'à des sujets jeunes et non tarés, et recule devant la cordotomie en raison de sa gravité.

Dans la plupart des cas, c'est au forage avec enchevillement qu'il faut avoir recours.

L'auteur a réalisé sept fois cette intervention, dont une fois chez une femme de soixante-dix ans.

Il opère sous anesthésie locale. Entre autres avantages, ce procédé permet, si l'état général est suffisant, une opération ultérieure de redressement.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. Termier (de Grenoble), dans les cas relevant du traitement médical pur, a obtenu des résultats assez satisfaisants par l'aurothérapie. Les injections intra-articulaires d'eau phéniquée forte ont été moins favorables. Consécutivement à ces injections, il a vu diminuer les phénomènes douloureux ; les autres symptômes n'ont pas été modifiés.

Trois fois, l'auteur a réalisé une butée dans des cas de subluxations : les résultats ont été bons.

Dans les formes particulièrement douloureuses, l'immobilisation de la hanche sous un plâtre est à conseiller, à condition de faire marcher le malade.

M. Calot (de Berck) voudrait que l'arthrite sèche de la hanche perde définitivement son nom de *morbus senilis*, pour prendre celui de *morbus congenitus*, car la subluxation congénitale est la lésion primitive et constante.

Il rappelle qu'à l'appui de sa thèse, il a décrit des signes radiographiques qu'on peut toujours retrouver. Présentant une série de clichés récents dus à Burckhardt, et qu'il a fait agrandir pour mettre en évidence certaines anomalies, l'auteur y montre ces anomalies, qui sont comme la signature de la congénitalité.

La conclusion pratique est que le traitement orthopédique bien conduit est le seul à opposer à l'arthrite sèche de la hanche.

M. Pascalis (de Paris). Le traitement chirurgical n'est légitime qu'après un essai de méthode non sanglante.

Les indications opératoires varient avec l'état local, l'état général, l'état social du malade. On peut les résumer schématiquement :

— Si la douleur prédomine : forage du col.

— Si la claudication est la manifestation la plus marquante, avec des lésions surtout fémorales : arthroplastie.

— Si le col est agrandi et déformé : arthrodèse.

L'auteur opère toujours sous anesthésie générale, utilise l'incision de Smith Petersen combinée à celle de Whiteman. Il emploie des limes électriques rotatives, qui lui donnent toute satisfaction.

M. Richard (de Paris) plaide en faveur de l'arthrodèse qu'il a longuement expérimentée durant son séjour à Berck. Il préconise l'emploi de la table de Lance et rappelle son procédé opératoire « en pont-levis ». Il opère toujours sous rachi-anesthésie et aborde l'articulation par l'incision d'Ombrédanne. Le grand trochanter n'est pas détaché, mais ouvert simplement par son bord antérieur. Dans l'entrebâillement ainsi obtenu s'enfonce, à frottement dur, l'extrémité libre du lambeau ostéopériostique.

Sans utiliser le moindre matériel de synthèse, on obtient par ce procédé un blocage parfait.

M. Dariau.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE XXII[e] SESSION

II[e] Question.

LES ACROCYANOSES

1[er] Rapport.

Physiologie pathologique des acro-asphyxies.

Par MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René CACHERA.

Le terme d'acro-asphyxie répond à une réalité physiopathologique, sans coïncider de façon exclusive avec les limites d'un type clinique défini.

L'acro-asphyxie n'est qu'un symptôme qui peut apparaître dans des conditions cliniques diverses ; tantôt elle est paroxystique, transitoire, dans les crises du syndrome de Raynaud ; tantôt elle existe de façon continue, dans l'acrocyanose permanente.

Pour cette raison, le cadre de ce rapport est nécessairement plus large que celui de l'étude d'une variété clinique particulière.

I. **Étude des facteurs vasculaires locaux.** — L'étude des acro-asphyxies met en relief la large autonomie fonctionnelle des territoires vasculaires périphériques. Leurs différents éléments (artériole, capillaires, veinule) interviennent dans la genèse de l'acro-asphyxie, et il est utile de préciser le rôle respectif de chacun d'eux pour définir au mieux le mécanisme local de la cyanose, sans vouloir cependant prétendre isoler chacun d'eux de façon très stricte.

L'*exploration de la circulation* des petits vaisseaux met en œuvre de nombreux procédés que l'on peut grouper sous deux chefs :

a. **Données statiques.** — 1° La *capillaroscopie* permet de préciser le nombre des anses capillaires visibles, leur morphologie, l'*activité* du courant sanguin qui les traverse.

α. Le *nombre* des anses visibles est accru dans une très grande mesure au cours de l'acro-asphyxie. Il s'ensuit que la répartition de la masse sanguine périphérique peut être profondément modifiée par l'entrée en jeu simultanée d'un grand nombre de capillaires normalement inactifs.

β. La *morphologie* de ceux-ci est altérée : l'anse capillaire est augmentée de volume et inégale.

γ. L'*activité circulatoire* est, en règle, très diminuée ; le courant sanguin est ralenti, sujet à des arrêts.

2° La *pression capillaire* a été mesurée par des méthodes bien différentes, qui ont fourni des résultats assez discordants. Les mesures qui paraissent les plus précises, fournies par la méthode directe, sont encore trop peu nombreuses, mais permettent d'espérer que celle-ci fournira des données intéressantes.

Aussi est-ce la capillaroscopie qui apporte les faits les mieux établis.

b. **Données dynamiques.** — L'exploration dynamique des réactions des petits vaisseaux permet, au contraire, de saisir la distinction qui existe entre l'acrocyanose permanente et la phase asphyxique de la maladie de Raynaud.

C'est elle qu'interrogent, outre celle des artérioles, les épreuves fonctionnelles qui vont être maintenant envisagées.

1° Épreuves thermiques. — Les réactions vasculaires aux bains chaud et froid, anormales au cours des acro-asphyxies, se montrent de plus différentes dans les deux syndromes.

Il existe, au cours de l'acrocyanose permanente, une

diminution nette des réactions vasculaires à la température, une « incapacité réactionnelle », a-t-on dit récemment, qui est bien particulière.

Au contraire, au cours du syndrome de Raynaud, les réponses paradoxales et vives aux excitations, l'instabilité vaso-motrice sont le phénomène dominant.

2° ÉPREUVES PHARMACODYNAMIQUES. — Ces épreuves apportent un précieux moyen supplémentaire d'exploration fonctionnelle des petits vaisseaux et peuvent constituer un véritable test localisateur du trouble vasculaire.

C'est ainsi que, dans les deux épreuves que les auteurs ont proposées, l'acétylcholine et l'histamine, possédant toutes deux une action vaso-dilatatrice, l'exercent, la première au niveau de l'artériole, la seconde au niveau du capillaire.

α. Dans l'acrocyanose permanente, l'acétylcholine n'exerce aucune action et l'histamine ne détermine pas la rougeur des téguments qu'elle entraîne habituellement.

La *dilatation permanente des capillaires et des veinules* paraît donc être la caractéristique de l'acrocyanose.

β. Par contre, dans le syndrome de Raynaud, l'acétylcholine est capable, le plus souvent, de faire disparaître l'acro-asphyxie, tandis que l'histamine (qui possède un pouvoir constricteur faible sur l'artériole) peut exagérer au contraire nettement les symptômes de la crise asphyxique.

Il est facile de déduire de cette double preuve que le *spasme artériolaire transitoire* est ici le phénomène primordial, que la dilatation capillaire qui l'accompagne et le suit lui est secondaire.

c. **Relations entre le trouble vasculaire périphérique et la pression veineuse.** — La répercussion finale de tous ces troubles vasculaires est résumée par le débit circulatoire périphérique, et le reflet direct des variations de ce débit circulatoire périphérique se trouve inscrit dans le niveau changeant de la pression veineuse du membre correspondant.

L'étude expérimentale chez l'animal a montré aux auteurs qu'au cours de la vaso-dilatation périphérique, la pression veineuse peut se montrer, selon les cas, tantôt élevée, tantôt abaissée. Cette différence a paru être conditionnée par la nature, artériolaire ou capillaire, de la vaso-dilatation. De même, au cours des acro-asphyxies, ils ont observé des contrastes intéressants dans le niveau de la pression veineuse périphérique : fréquemment élevée au cours de l'acrocyanose permanente, celle-ci est tantôt normale, tantôt abaissée dans le syndrome de Raynaud.

d. **Relations entre le trouble vasculaire périphérique et l'ensemble de la circulation.** — 1° Les RÉPERCUSSIONS sont certaines et *mutuelles* entre les perturbations circulatoires périphériques et le fonctionnement du système cardio-artériel.

α. En ce qui concerne le *cœur*, l'interdépendance paraît bien démontrée dans les deux sens (fréquence du rétrécissement mitral chez les sujets atteints de maladie de Raynaud, retentissement des troubles vasculaires périphériques sur l'activité cardiaque).

β. Quant au *système artériel*, ses relations avec les troubles vasculaires périphériques sont également bien établies et *réciproques* (rôle favorisant de l'hypotension artérielle permanente sur l'apparition de l'acrocyanose, modifications de la pression provoquées par les crises modifications de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique provoquées par les crises de spasme vasculaire périphérique dans le syndrome de Raynaud).

2° Ces corrélations, indéniables, ne sont cependant que partielles. Elles ne doivent pas faire perdre de vue l'existence de la relative autonomie fonctionnelle régionale des différents territoires vasculaires.

II. **Étude des modifications dans la composition du sang.** — Les altérations dans la composition du sang s'ajoutent aux perturbations vasculaires pour créer la cyanose des extrémités.

a. Les **éléments figurés** sont modifiés dans leur nombre. La perte excessive d'eau à travers les parois capillaires dilatées amène la *concentration* des hématies et des éléments blancs dans le sang périphérique, d'où accentuation de la stase circulatoire et apparition des caractères chimiques du sang cyanique.

b. La principale **anomalie chimique** du sang dans la cyanose consiste dans l'abandon exagéré d'oxygène, et, par conséquent, dans l'augmentation du taux de l'hémoglobine réduite. C'est là le substratum chimique essentiel de la teinte cyanique.

Mais il faut tenir compte aussi de la *température* : le froid retarde considérablement les échanges d'oxygène entre sang capillaire et tissus.

III. **Étude des modifications du mécanisme régulateur de la circulation périphérique au cours des acro-asphyxies.** — Ce mécanisme comporte un double contrôle :

A. **Contrôle nerveux du tonus des petits vaisseaux.** — Le système vaso-moteur sympathique classique est surtout en cause (des réflexes locaux, se produisant dans les nerfs moteurs, sensibles ou mixtes, dits réflexes d'axone, ont été cependant invoqués dans le déterminisme de certains phénomènes vaso-moteurs).

Il peut n'être perturbé que fonctionnellement ; son atteinte n'est pas alors toujours facile à mettre en évidence, mis à part les cas démonstratifs d'acrocyanose réflexe.

Mais il peut aussi être lésé anatomiquement, au niveau des centres, ou à la périphérie. Ces faits, qui ne sont pas les plus nombreux, ont un intérêt pathogénique considérable. La cause première du désordre vasculaire périphérique est ici décelée ; et, parfois, l'efficacité de la thérapeutique (ablation d'une côte cervicale, par exemple) confirme bien le fait que l'irritation mécanique du sympathique résume, à elle seule, dans certains cas, le déterminisme du trouble circulatoire périphérique.

B. **Contrôle humoral du tonus des petits vaisseaux.** — L'existence de ce mécanisme régulateur, à l'état physiologique, est certaine. Il n'est, d'ailleurs, encore connu que de façon partielle.

La régulation *d'ordre tissulaire local*, par les produits du métabolisme cellulaire, est le fait le mieux connu.

Quant à la viciation pathologique de ce contrôle humoral au cours des acro-asphyxies, elle paraît des plus vraisemblable. A côté des névroses vaso-motrices, il y a donc place pour des perturbations vaso-motrices d'origine purement humorale et, sans doute, plus souvent encore pour des « humoro-névroses ».

IV. **Étude des facteurs généraux.** — A en juger

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

par la fréquence avec laquelle certains troubles endocriniens, ceux du fonctionnement ovarien en particulier, sont retrouvés en clinique, on ne peut manquer de penser que leur action sur le déterminisme des acro-asphyxies doit être considérable. Mais l'on ne dispose d'aucune donnée objective sur les liens qui unissent le trouble glandulaire et le désordre vasculaire périphérique.

***

Comme conclusion à ces notions nouvelles, les auteurs proposent de donner le nom d' « angioses» à ces modifications fonctionnelles des petits vaisseaux, par opposition au terme d'angéite qui indique leurs lésions anatomiques.

2e Rapport.

L'acrocyanose essentielle.

Par **MM. Etienne MAY et F. LAYANI** (Paris).

I. **Étude sémiologique.** — L'acrocyanose s'objective par une triade symptomatique.

La *cyanose* est pratiquement indolore, permanente, influencée seulement par le froid et les émotions. Elle siège aux extrémités.

Le *refroidissement* permanent, mais variable, peut s'étendre en dehors des zones de cyanose.

Ces deux symptômes, qui résument souvent l'acrocyanose, peuvent s'adjoindre, comme *troubles trophiques et secrétoires*, un œdème résistant, léger, qui infiltre les extrémités, une tendance à la sudation, des engelures, de la kératose pilaire et aussi de l'adipocyanose qui, pour être de constatation fréquente, ne fait pas partie intégrante du tableau de l'acrocyanose essentielle.

CONDITIONS D'APPARITION. — C'est une affection de la femme, et une affection de la puberté. S'atténuant avec l'âge, l'acrocyanose se complique parfois de pyodermites, de panaris, mais jamais de gangrène.

L'examen somatique permet de déceler un certain nombre de symptômes qui se rangent en trois syndromes :

1° **Syndrome cardio-vasculaire.** — L'atonie capillaro-veinulaire s'affirme par de nombreuses preuves capillaroscopiques concordantes :

La tension veineuse est augmentée de façon inconstante. Le cœur, la pression artérielle, la valeur fonctionnelle du système circulatoire sont normaux. Il existe une tendance particulière aux ecchymoses spontanées et certains troubles de la coagulation ; augmentation du temps de coagulation, sédimentation plasmatique, mauvaise rétractilité du caillot. Par contre, le temps de saignement est normal et le signe du lacet est négatif.

2° **Syndrome neuro-végétatif.** — Deux faits méritent d'être soulignés :

Lors de l'épreuve du bain froid, la tension artérielle ne se modifie pas ou peu ; l'indice, au lieu de diminuer, reste inchangé. Cette incapacité réactionnelle contraste avec les résultats normaux de l'épreuve au bain chaud et constitue un trait distinctif très important de l'acrocyanose.

Le R. O. C. est habituellement positif, mais surtout, dans un grand nombre de cas, le ralentissement du pouls est d'une intensité anormale et impressionnante. Il convient d'en rapprocher les réponses négatives de l'épreuve à l'adrénaline. Ces deux données concordantes plaident fortement en faveur d'une insuffisance du tonus sympathique et d'une exagération du tonus du vague.

Par ailleurs, les résultats des différentes épreuves pharmacodynamiques, les intradermo-réactions reflètent l'existence d'une dystonie neuro-végétative.

Enfin, l'exploration fonctionnelle du système circulatoire périphérique, qui donne des résultats négatifs (épreuves de l'acétylcholine et de l'histamine).

3° **Syndrome endocrinien.** — L'acrocyanose évolue en dehors des syndromes glandulaires. Il est cependant possible de dépister à un examen attentif quelques petits signes que l'on considère comme appartenant à l'une ou l'autre série, et notamment des troubles ovariens.

Le psychisme des acrocyanotiques est frappé au coin d'une certaine hyperémotivité.

Par ailleurs, il convient d'insister sur l'association de l'acrocyanose à diverses ectosympathoses, telles que la syncope locale, équivalent de la maladie de Raynaud, et à des manifestations viscérales voisines (migraine ophtalmique, colique muco-membraneuse, la tachycardie paroxystique).

II. **Pathogénie et étiologie.** — La cause immédiate est évidente : il s'agit d'une stase dans les capillaires et les veinules du réseau sous-papillaire, et c'est cette stase qui explique le refroidissement et la cyanose.

Mécanisme de la stase. — Les dimensions normales du cœur, les valeurs normales de la pression artérielle, de l'indice et du rapport oscillométrique, les résultats normaux des épreuves fonctionnelles circulatoires s'inscrivent contre l'hypothèse d'*insuffisance de propulsion cardio-artérielle.*

Les caractères de l'acrocyanose ne permettent pas de retenir la théorie du *spasme artériolaire. L'hypertension veineuse*, par gêne à l'évacuation du sang vers le cœur, pourrait être à l'origine de la cyanose ; mais en réalité, phénomène surajouté et non phénomène causal, elle est de signification encore obscure.

Par contre, toutes les constatations témoignent en faveur du *caractère local de l'acrocyanose.* L'acrocyanose est due à l'hypotonie des petits vaisseaux, à une sorte d'asystolie capillaro-veinulaire. Ainsi, l'autonomie physiologique se double d'une autonomie pathologique. Cette atonie n'est pas d'ailleurs exclusive, l'hypertension veineuse, l'hyperexcitabilité artériolaire peuvent s'y joindre à des degrés divers.

Facteurs de stase. — Les causes « prochaines » de stase doivent être recherchées dans la perturbation des facteurs physiologiques qui règlent la circulation capillaire. L'acrocyanose peut se présenter comme une acrocyanose de cause purement locale, comme une acrocyanose endocrinienne ou comme une acrocyanose à facteurs nerveux prédominants. A propos des secondes, il ne faut pas négliger les nombreux arguments qui plaident en faveur du rôle de l'hypophyse. Quant aux acrocyanoses d'origine nerveuse, elles semblent souvent au premier plan ; les parentés morbides conduisent à en localiser les centres dans le mésocéphale.

Etiologie. — L'acrocyanose peut relever de causes organiques, réflexes et fonctionnelles. Parmi les acrocyanoses organiques se rangent les acrocyanoses de la catatonie, les acrocyanoses séquelles d'encéphalite épidémique et d'acrodynie. Les unes et les autres paraissent

liées à l'atteinte matérielle des voies vaso-motrices. Le type des acrocyanoses réflexes est l'acrocyanose due au froid. L'acrocyanose fonctionnelle, c'est-à-dire sans lésion matérielle agissant localement ou à distance, est la plus fréquente et apparaît comme une affection primitive. Dans l'immense majorité des cas, elle se présente comme un trouble constitutionnel. Souvent annoncée dans la petite enfance par diverses manifestations qui dénotent une même fragilité du système circulatoire périphérique, elle apparaît à la puberté. Elle s'accompagne souvent d'un tempérament neuro-végétatif particulier, fait d'insuffisance et de labilité sympathiques.

Diagnostic. — Le diagnostic ne souffre pas de difficultés dans les formes typiques. Il est facile d'écarter les cyanoses d'origine cardiaque et pulmonaire, les érythroses. Mais il faut savoir penser, chez l'adolescent et chez l'adulte, à la maladie de Raynaud, aux artérites sténosantes ; chez l'enfant, à l'acrodynie.

Le diagnostic d'avec la maladie de Raynaud est celui qui peut soulever les plus grosses difficultés. Il existe, en effet, des cas où la maladie de Raynaud évolue au ralenti et d'autres, plus complexes encore, où, après avoir manifesté une grande activité, la maladie de Raynaud finit par vieillir, une acrocyanose s'installe, où quelques bouffées douloureuses viennent seules rappeler l'ancienne maladie. Il faut savoir d'ailleurs qu'il existe des acrocyanoses par spasme artériolaire, qui ne sont qu'un « incident » au cours d'une ataxie vaso-motrice plus généralisée.

Traitement. — La thérapeutique de l'acrocyanose met en œuvre les procédés les plus variés. L'opothérapie et le choix de la préparation apparaissent dictés par l'ensemble des syndromes endocriniens qui peuvent être associés à l'acrocyanose plutôt que par l'acrocyanose elle-même. La physiothérapie, sous la forme de bains hyperthermiques, de diathermie, de galvanothérapie, de radiothérapie des plexus, peut donner des résultats utiles.

Les substances photo-sensibilisatrices employées dans le but de mieux utiliser les irradiations lumineuses et calorifiques ont donné des résultats encourageants.

Les préparations hypophysaires telles qu'on les prépare actuellement, isolant le pouvoir presseur, pourront être essayées.

Dans l'ensemble, le traitement de l'acrocyanose est difficile. Il peut améliorer cette petite infirmité, il est exceptionnel qu'il la guérisse.

Discussion des rapports.

M. L. DAUTREBANDE (Bruxelles) insiste sur le mécanisme intime de la cyanose qui n'apparaît que lorsque le sang capillaire a perdu de 6 à 7 volumes d'oxygène.

Toutefois, dans l'acrocyanose, le seuil d'apparition de la teinte bleue des téguments est légèrement abaissé par quatre facteurs supplémentaires qui, incapables à eux seuls de faire apparaître la cyanose, hâtent son apparition ou la renforcent considérablement. Ce sont : 1° la richesse du sang capillaire en hémoglobine ; 2° l'ouverture de petites veinules et de capillaires en plus

grand nombre que normalement ; 3° la dilatation des vaisseaux, en partie due à l'accumulation de CO^2 au niveau des capillaires (l'acide carbonique étant un vasodilatateur local puissant) ; 4° l'hyperacidité du sang capillaire, qui rejette vers la droite la courbe de dissociation de l'oxyhémoglobine. Ce décalage provoque l'apparition de la cyanose dans le sang très rapidement après la sortie des artérioles.

M. Barbier (de Lyon), à propos du terrain constitutionnel des acrocyanoses, attire l'attention sur l'observation curieuse faite chez ces sujets d'une malformation des apophyses épineuses de deux ou trois vertèbres dorsales, qui présentent une bifidité anormale. Cette anomalie vertébrale semble s'associer aux troubles du fonctionnement sympathique comme, plus bas, le spina bifida s'associe aux troubles nerveux médullaires. Il rappelle l'utilisation possible de l'auscultation artérielle dans l'exploration du sympathique péri-artériel.

Enfin, il signale l'essai thérapeutique qu'il a réalisé à plusieurs reprises avec un certain succès du massage artériel, par le port prolongé du brassard du sphygmomanomètre.

M. Roussy (Paris) insiste sur le rôle du système nerveux, et en particulier des centres végétatifs, dans la pathogénie de l'acrocyanose. Il rappelle que toute une série d'observations anatomo-cliniques et de recherches expérimentales lui ont permis d'établir l'existence de roubles vaso-moteurs dans le syndrome thalamique.

Depuis deux ans, il fait des recherches pour arriver à déceler les troubles vaso-moteurs périphériques au cours des lésions nerveuses. Il a vu que l'épreuve de l'histamine révèle des anomalies constantes des réactions vaso-motrices chez les hémiplégiques et les paraplégiques ayant des troubles végétatifs, dans le tabes, dans les compressions nerveuses, dans le diabète insipide post-traumatique, dans le zona, dans les affections nerveuses périphériques.

Il souligne que, si les troubles vasculaires périphériques et le système régulateur de la vaso-motricité sont incontestablement en rapport avec l'hypophyse, ils le sont aussi avec les centres nerveux, et en particulier avec les centres étagés au niveau de l'hypothalamus qui renferme les éléments régulateurs de l'être instinctif.

M. Roch (Genève) montre qu'il existe toute une pathologie qui se manifeste aux extrémités et qui cependant relève de causes générales.

L'acropathologie doit être scindée en deux groupes différents : « aïchmopathologie », qui réunit les troubles fonctionnels dont la cause (froid, insuffisance circulatoire locale, etc.) se trouve au niveau des extrémités mêmes ; « poropathologie », où la cause des troubles observés aux extrémités réside loin de ces dernières (cyanose des cardiaques par exemple). A ce propos, l'auteur souligne le rôle que joue l'éloignement du centre, siège des perturbations, dans la netteté des manifestations vasculaires acropathologiques.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Communications.

Cuti-réaction à l'histamine dans l'acrocyanose. Sa valeur pathogénique. — M. LAIGNEL-LAVASTINE (Paris) attire l'attention sur la valeur pathogénique de la cuti-réaction à l'histamine dans l'acrocyanose. Il pratique cette cuti-réaction selon la technique de Roussy et Mosinger.

Alors que, dans l'acrocyanose symptomatique, la réaction est rapidement positive, caractérisée par une papule urticarienne entourée d'une aréole plus ou moins érythémateuse ; au contraire, dans les cas d'acrocyanose en rapport avec des troubles locaux du métasympathique, comme on l'observe dans l'acrocyanose dite « essentielle » de May et Layani, la réaction est négative.

Ce signe, facile à démontrer et à observer, mérite d'entrer dans la pratique courante du diagnostic pathogénique de l'acrocyanose.

Syndrome complexe associé de sclérodermie progressive, acrocyanose, syndrome de Raynaud, poïkilodermatomyosite, d'origine infectieuse, avec lésions cardiaques. — MM. P. MAURIAC, G. PETGES et P. BROUSTET (Bordeaux) ont observé, chez une jeune fille de dix-huit ans, un état infectieux aigu, passager, suivi d'une lésion mitrale, en même temps qu'apparaissaient une acrocyanose persistante, un syndrome de Raynaud, une sclérodermie progressive des mains et des pieds, un état de poïkilodermie faciale et cervicale avec sclérose musculaire. Cette observation est en faveur de l'idée soutenue par Petges, que la poïkilodermatomyosite s'apparente au groupe des sclérodermies et des dermatomyosites. Dans ce cas, il apparaît qu'une infection, à allure rhumatismale, après avoir frappé le cœur, a atteint les centres vago-sympathiques de régulation vaso-motrice et certaines glandes endocrines. L'acrocyanose n'est ici que le symptôme dominant d'un syndrome très complexe d'origine infectieuse.

Acrocyanose et asthme. — MM. ANDRÉ JACQUELIN et JEAN BERTRAND (Paris) montrent la fréquence de l'acrocyanose dite essentielle chez les asthmatiques.

En la différenciant des états de cyanose d'origine cardiaque, ils la trouvent dans 16 p. 100 des cas ; dans 6 p. 100, ils notent l'érythrocyanose sus-malléolaire, et, dans 31 p. 100 des cas, des manifestations plus discrètes, mais rattachables au même trouble vaso-moteur ou accompagnant ses aspects typiques : refroidissement des extrémités, très fréquent, sudation, œdème des mains, livédo.

Ils rappellent en outre les nombreux points de rapprochement qui relient l'asthme et l'acrocyanose, dans leur histoire clinique, étiologique et pathogénique. Celle-ci permet de mieux comprendre le mécanisme vaso-moteur de l'asthme et les rapports de l'asthme cardiaque et de l'asthme dit essentiel.

Acrocyanose et terrain morphologique. — MM. ANDRÉ JACQUELIN et HENRI BONNET (Paris) apportent les résultats de leur enquête morphologique dans l'acrocyanose essentielle, isolée ou associée aux autres syndromes vasomoteurs. Il est absolument exceptionnel de constater les types francs de Sigaud et Mac-Auliffe chez les individus qui en sont atteints. Rarement aussi ces malades

(Suite à la page **XXI**.)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sont des longilignes, micro-splanchniques. Le plus souvent, ce sont ou des *chétifs*, hypostaturaux, maigres et malingres, ou des bréviligues, macrosplanchniques. Dans trois cas, un véritable syndrome adiposo-génital a même été rencontré. Très fréquemment, à cette dystrophie staturale s'associent des stigmates plus ou moins nombreux de la *dystrophie* ostéo-élastopathique, et une constitution lymphoïde.

Ces déviations morphologiques objectivent le dysfonctionnement complexe endocrinien, neuro-végétatif et aussi psychique, qui est à l'origine de ces états de déséquilibre et d'instabilité vaso-motrice.

Un cas d'acrocyanose avec ptoses viscérales d'origine hypophysaire probable. — M. ROGER GLÉNARD (de Vichy) présente l'observation détaillée d'une jeune fille de quatorze ans et demi, atteinte conjointement d'acrocyanose essentielle et de ptoses viscérales avec hépatoptose, sans symptômes dyspeptiques ou intestinaux marqués. Il se base, pour attribuer à ce double syndrome une origine hypophysaire, sur la haute taille relative du sujet (1m,68), ses troubles menstruels, et spécialement sur la coexistence d'un certain degré d'atrophie du nerf optique gauche, vraisemblablement reliquat d'une infection survenue dans le jeune âge, et ayant légèrement intéressé la région de l'hypophyse.

Les acrocyanoses paroxystiques, leurs rapports avec l'hémoclasie. — M. JOLTRAIN (de Paris), rappelant les travaux de l'Ecole Widal, parle des cas limites entre l'acrocyanose essentielle et la maladie de Raynaud. Ce sont les acrocyanoses paroxystiques. Il insiste sur les rapports qui existent entre ces phénomènes vaso-moteurs et l'hémoclasie. Il montre la fréquence du terrain de la diathèse colloïdoclasique avec son déséquilibre endocrino-neurotonique chez les malades atteints d'acrocyanose. Il rapporte plusieurs observations d'acrocyanose essentielle, avec choc au froid, de troubles complexes des extrémités, tantôt à forme d'acrocyanose, tantôt à forme d'érythromélalgie, de syndrome de Raynaud se greffant sur une acrocyanose essentielle. Il se range à l'avis des rapporteurs sur le rôle possible de l'hypophyse dans la détermination du terrain, et sur les voies nouvelles ouvertes aux chercheurs, dans cette question encore obscure, en alliant aux expériences nouvelles sur l'état des glandes endocrines et du système neurotonique, les recherches sur les réactions humorales.

A propos des traitements physiothérapiques des acrocyanoses. — MM. ZIMMERN et BRUNET (Paris) signalent que, parmi tous les traitements physiothérapiques, la diathermie est physiologiquement la plus indiquée, parce qu'elle joint à un effet autispasmodique une action hyperémique qui s'oppose à la stase dans les acrocyanoses du type Raynaud. Dans l'acrocyanose essentielle, les auteurs préconisent, pour combattre l'atonie capillaire-vésiculaire, l'excitation cutanée par petites étincelles de haute fréquence. Dans la maladie de Raynaud enfin, la radiothérapie fonctionnelle sympathique et médullaire a donné des résultats certains, mais les auteurs préfèrent la radiothérapie de la région surrénale, qui leur a donné un résultat remarquablement rapide dans un cas d'algo-asphyxie des extrémités au membre supérieur.

M. VILLARET, à la fin de la discussion, déclare être d'accord avec M. Dautrebande, sur ce fait que le seuil de la cyanose est indépendant de la quantité absolue d'hémoglobine, mais il fait remarquer combien il est délicat de faire la part des différents facteurs de cyanose, en présence d'un cas clinique donné.

Avec M. ROUSSY, il souscrit pleinement à sa conception d'un centre neuro-végétatif, dont le rôle est capital au cours de certains phénomènes vasculaires périphériques ; il souligne l'intérêt des investigations poursuivies par cet auteur à l'aide du test local à l'histamine et se félicite que les notions modernes sur la synergie fonctionnelle de la sécrétion hypophysaire et du fonctionnement des centres nerveux s'accordent d'une façon si étroite avec la conception des *humoro-névroses* qu'il a proposée.

Avec M. ROCH enfin, il se plaît à insister sur le rôle du froid et de l'insuffisance circulatoire distale qui, de toute évidence, interviennent au premier chef dans la pathologie des extrémités.

TROISIÈME QUESTION.

Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

PREMIER RAPPORT.

Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon.

MM. **Emile SERGENT** et **R. KOURILSKY**, rapporteurs, avec la collaboration chirurgicale de MM. **BAUMGARTNER** et M. **ISELIN** (Paris).

Pour discuter et poser les indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales concernant les abcès du poumon, il est tout d'abord indispensable de s'entendre sur la *définition*. On aboutit ainsi à réserver strictement la dénomination d'abcès pulmonaire à un foyer de suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le poumon par une inflammation aiguë. Cependant, au point de vue pratique, même anatomo-clinique, il est bien difficile d'isoler catégoriquement l'abcès pulmonaire proprement dit des diverses variétés de suppurations broncho-pulmonaires diffuses et des foyers gangreneux localisés.

L'étude des abcès du poumon et de leur traitement nécessite **la collaboration médico-chirurgicale étroite** et longtemps poursuivie. C'est grâce à cette méthode que les rapporteurs ont pu faire les constatations qui les ont conduits à proposer les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. Au médecin incombe surtout la mission de définir les données du diagnostic ; au chirurgien le soin de fixer et d'exécuter la technique opératoire ; à l'un et à l'autre réunis, la tâche de préciser le moment et le choix du mode d'intervention.

Les indications thérapeutiques sont dominées par deux notions primordiales : **la notion de fréquence des guérisons spontanées** ; **la notion des accalmies trompeuses et des fausses guérisons.**

La guérison spontanée survient, d'après la moyenne des statistiques, dans les deux tiers des cas d'abcès simples à pyogènes et dans le cinquième des cas d'abcès

putrides d'emblée. Pour affirmer la guérison vraie, il faut exiger les preuves irréfutables de cette guérison, preuves qui ne peuvent être cherchées que dans la disparition complète de tous les signes cliniques et de toute image radiologique autre qu'une image nettement cicatricielle. Ces deux notions doivent conduire à n'accepter qu'avec une prudente et nécessaire réserve la prétendue efficacité de nombre de traitements médicaux.

Une troisième notion, véritable principe, doit être mise en relief : **l'intervention chirurgicale doit cesser d'être l'épouvantail qu'elle est encore** pour trop de médecins voire même de chirurgiens. Les perfectionnements apportés dans le mode d'exploration et dans les procédés, opératoires des abcès du poumon ont permis de parvenir à des précisions qui assurent un pourcentage de guérisons sans cesse en augmentation. D'ailleurs, même en reconnaissant l'importance des risques opératoires, force est de constater que ces risques ne pèsent pas en regard de la terminaison fatale qui attend les sujets atteints de suppurations pulmonaires abandonnées aux aléatoires ressources de la thérapeutique médicale.

D'une façon générale, les indications thérapeutiques sont liées aux conditions cliniques ; elles varient suivant le type anatomo-clinique, l'ancienneté, l'étendue, le siège du foyer et les complications associées.

1° **Les traitements du domaine médical** comportent le traitement médicamenteux et les traitements mécaniques.

a. **Le traitement médicamenteux** ou médical proprement dit vise à éteindre l'infection et à tarir les sources de la suppuration. Il comprend plusieurs moyens : la sérothérapie, la bactériothérapie, la chimiothérapie, la cure de soif, etc.

b. **Le traitement dit mécanique** vise à favoriser l'évacuation du pus collecté en assurant le drainage par des moyens dont dispose le médecin sans le secours du chirurgien. Il peut être réalisé par trois méthodes : le drainage postural, le drainage bronchoscopique, le drainage par expression ou pneumothorax thérapeutique.

Tous ces modes de traitement peuvent donner, suivant les cas, des résultats. Ils sont indiqués dans les phases de début ; ils sont impuissants lorsque le foyer de suppuration résiste et n'entre pas en résolution complète avant la fin du deuxième mois.

On peut poser en principe que, dans tous les cas où la guérison spontanée ou par les moyens médicaux ne peut plus être espérée, l'intervention chirurgicale est indiquée, à moins qu'elle n'expose à des risques à peu près fatalement mortels.

2° **Les traitements du domaine chirurgical** sont de deux ordres :

Les uns, procédés d'action indirecte, visent à réaliser la collapsothérapie chirurgicale ; ce sont la phrénicectomie, le décollement pleuro-pariétal, la thoracoplastie, l'apicolyse ; ils s'adressent surtout aux séquelles opératoires et peuvent être considérés comme des opérations complémentaires.

Les autres, procédés d'action directe, visent à réaliser l'ouverture et le drainage chirurgical (pneumotomie) ou la destruction du foyer (pneumectomie, lobectomie).

Les rapporteurs insistent sur l'importance de la détermination de la *date d'intervention.* L'heure optima varie quelque peu avec la variété du foyer de suppuration ; les rapporteurs admettent qu'elle ne doit pas dépasser un délai maximum de deux mois à partir du début de la suppuration. Opérer trop tôt, c'est faire peut-être une opération inutile et courir le risque de provoquer l'essaimage à distance ou l'infection du voisinage. Opérer trop tard, c'est risquer de tomber sur un clapier largement étendu, dont le drainage et l'exérèse pourront entraîner des accidents opératoires d'autant plus redoutables que le foyer sera plus voisin des gros vaisseaux hilaires.

Le mode d'intervention variera avec le siège, l'étendue, l'ancienneté du foyer de suppuration ; il sera commandé aussi par les complications (épanchement pleural, etc.) ou par les associations morbides (tuberculose, etc.).

M. A. Baumgartner, rapporteur, formule, de son côté, les principes généraux qui doivent guider le chirurgien, en s'en tenant aux méthodes qui s'adressent directement au foyer suppuré et qui, pour lui et ses co-rapporteurs, constituent le seul traitement radical et curatif des suprations pulmonaires. Le seul procédé logique est d'ouvrir l'abcès (pneumotomie) et, au besoin, d'enlever les parties de poumon malades (pneumectomie, lobectomie).

L'intervention directe sur la collection est devenue relativement bénigne depuis que l'on fait des opérations progressives successives en divers temps.

La localisation du foyer suppuré doit être faite avec le plus grand soin pour déterminer la voie d'accès. Il est absolument nécessaire de faire des examens radiologiques répétés de face et de profil, avant les interventions, entre ces dernières et à chaque temps opératoire. La ponction exploratrice avant l'intervention doit être rejetée.

L'anesthésie locale est seule de mise et on opérera dans la position assise. On emploiera exclusivement soit le thermocautère, soit le bistouri électrique pour opérer sur le poumon.

Suivant le type anatomo-clinique des lésions, le procédé opératoire sera la pneumotomie avec ou sans résection partielle de la poche, la pneumectomie ou la lobectomie.

La pneumotomie simple suffit pour les abcès sans réaction péricavitaire ancienne et pour les foyers de gangrène où le mort se sépare spontanément du vif. Mais elle doit être complétée par la résection de toutes parties accessibles de la poche suppurée, si les régions adjacentes du poumon présentent un début de bronchopneumonie ulcéro-nécrotique ou suppurée.

La pneumectomie consiste en une résection faite à la limite du tissu pulmonaire malade. La pneumectomie atypique fragmentaire progressive est la méthode de choix dans toutes les suppurations pulmonaires où, dans une zone limitée du poumon, se montrent des abcès multiples, associés ou non à des bronchiectasies secondaires. La mortalité opératoire, d'environ 20 p. 100, constitue un pourcentage infiniment moins élevé que celui de l'affection abandonnée à elle-même.

La lobectomie, intervention qui serait idéale si ses dangers n'étaient pas si grands, tout en pouvant être diminués, là aussi, par les opérations en plusieurs temps et le plombage à la paraffine du lobe malade, est rare-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ment indiquée dans les suppurations pulmonaires ; on la réserve en général aux dilatations bronchiques, abcédées ou non, limitées à un lobe, d'un pronostic si sombre.

Dans les *abcès compliqués de pleurésie*, c'est la localisation pleurale qui doit être traitée d'abord par la pleurotomie avec drainage faite en temps opportun et sans grosse brèche opératoire.

En résumé, il faut opérer dès que le traitement médical se montre impuissant, précocement, deux mois constituant une limite pour la décision. S'il s'agit d'abcès collecté, on s'adressera à la pneumotomie-résection ; si l'abcès n'est pas collecté, on fera la pneumectomie fragmentaire progressive. Tous les autres traitements (collapsothérapie, etc.) ne sont que des traitements d'exception.

DEUXIÈME RAPPORT.

Les séquelles des abcès du poumon. Chirurgie complémentaire et réparatrice.

M. G, LARDENNOIS, rapporteur (Paris).

Les abcès du poumon guéris spontanément ou après intervention chirurgicale peuvent laisser après eux des séquelles gênantes et capables de préparer d'autres accidents. Les plus importantes sont la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches, les fistules bronchiques, les cavités résiduelles intrapulmonaires et les excavations intrathoraciques.

Il n'est pas exagéré de dire que **la sclérose** est une manifestation aussi essentielle des abcès du poumon que la suppuration. Processus de défense, elle peut devenir si importante qu'elle met obstacle à la guérison en altérant le poumon, en troublant sa circulation et en entravant l'affaissement utile des cavités.

Le rôle des suppurations pulmonaires et de la sclérose consécutive dans la genèse de la **dilatation des bronches** est connu depuis quelques années seulement. Beaucoup de dilatations bronchiques dites primitives sont en réalité des séquelles de vieilles infections pulmonaires abcédées.

Laissant de côté les abcès compliquant une bronchiectasie ancienne, on peut constater au cours des abcès du poumon : 1° Des bronchiectasies précoces, fait des suppurations bronchiectasiques d'emblée (abcès bronchiectasique des Américains) réalisant une bronchiolyse ectasiante primitive et une sclérose pulmonaire rétractile secondaire.

2° Des bronchiectasies secondaires, dues au développement progressif de la sclérose et pouvant donner à leur tour des abcès du poumon péribronchiques. Ces ectasies bronchiques spéciales peuvent se développer, se compliquer et réclamer un traitement particulier : aspiration et nettoyages bronchoscopiques, opérations plastiques, voire drainages localisés ou opérations d'exérèse.

Les **fistules bronchiques** sont l'aboutissant de processus divers, d'où leurs variétés. On peut distinguer : des fistules après abcès simples, se compliquant lorsque la bronche ouverte assure mal le drainage ; fistules après suppurations étendues compliquées de bronchiectasie et de nécrose bronchique, souvent persistantes et justiciables de la pneumotomie ; fistules après pneumectomies partielles, plus rares actuellement où l'intervention sur le poumon est plus précoce ; fistules broncho-pleurales, entretenant et pouvant aggraver dangereusement les empyèmes consécutifs à l'ouverture dans la plèvre d'abcès corticaux ou à évolution corticale, qu'il faut reconnaître précocement et mettre à jour pour les traiter ; fistules broncho-cutanées, infirmité susceptible d'engendrer des complications, troubles de la respiration, réinfection pulmonaire d'origine externe, intoxication, amyloïdose, etc., et demandant souvent une intervention.

Le traitement des fistules bronchiques, broncho-cavitaires ou broncho-cutanées impose souvent l'exérèse large du territoire pulmonaire où elles aboutissent, suivie de thoracoplasties. Si, par contre, le poumon et les bronches voisines sont reconnus en bon état, les fistules, après destruction préalable de la muqueuse au nitrate d'argent à 35 p. 100, seront fermées par des procédés autoplastiques.

Les cavités résiduelles intra-pulmonaires qui peuvent rester longtemps méconnues, si elles ne sont pas fistulisées, sont exposées à être le siège de nouvelles infections. Elles doivent être traitées, soit par pneumectomie, quand celle-ci est réalisable sans danger excessif, soit par ouverture de la poche, oblitération des fistules bronchiques, mobilisation, greffe et procédés thoracoplastiques.

Les **excavations thoraciques** consécutives aux résections pulmonaires importantes seront comblées par thoracoplastie. Celle-ci comprendra d'ordinaire plusieurs temps. Le décollement pleuro-pariétal pourra aider au modelage de la paroi thoracique. La phrénicectomie sera réservée à des cas très exceptionnels. Des greffes pourront accélérer le comblement de la cavité.

Dans certains cas de cavités pleurales profondes avec pachypleurite, on n'obtiendra l'affaissement pariétal nécessaire que par une thoracoplastie comportant non seulement la résection des côtes, mais aussi la section ou la résection de la plèvre pariétale épaissie et des espaces intercostaux.

La tâche médico-chirurgicale n'est donc pas toujours terminée, alors que les dangers immédiats des abcès pulmonaires semblent écartés. Il faut s'appliquer à réparer de son mieux les dégâts qu'ils ont causés. Ceux-ci seront moins importants et plus aisément réparables si le traitement efficace de ces abcès n'a pas été regrettablement différé.

TROISIÈME RAPPORT.

Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires.

MM. **A. LEMIERRE, Léon-KINDBERG** et **A. SOULAS**

I. — L'idée de traitement endobronchique des affections pulmonaires est ancienne, mais il a fallu l'instrumentation de Chevalier-Jackson et la technique qu'il a précisée pour que la méthode pût devenir courante, aux États-Unis tout au moins.

II. — La question de technique est capitale : si l'on ne s'astreint pas strictement aux règles posées par Chevalier-Jackson, l'on n'aboutit qu'à des échecs et mieux vaut s'abstenir de toute bronchoscopie.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

III. — Le but de la méthode est avant tout de faire de l'abcès un foyer largement drainé : le nettoyage au porte-méchette et l'aspiration des sécrétions fluides en sont les deux actes essentiels. Ces manœuvres se passent en général au niveau des bronches de premier ou de deuxième ordre ; de règle on ne parvient pas dans la poche de l'abcès.

Se limitant aux suppurations strictement parenchymateuses, voici comment l'on peut schématiquement concevoir la conduite du traitement.

Dans l'abcès aigu, un premier temps du traitement d'attaque comprend deux séances bronchoscopiques à cinq ou six jours d'intervalle. Il sera presque toujours suivi du deuxième temps : trois à six séances diversement espacées qui mèneront jusqu'au 45e jour environ. C'est à ce moment qu'il convient de juger s'il faut passer la main au chirurgien, continuer, ou encore après un repos variable assurer un traitement dit de consolidation.

Dans les abcès chroniques récents, le bronchoscothérapie est mise en jeu immédiatement, avec énergie, mais sans obstination : il faut en deux ou trois semaines, donc en deux à quatre séances consécutives, obtenir une amélioration décisive, sans quoi il ne sera pas permis de persévérer.

Enfin, dans les abcès chroniques anciens, le traitement n'est guère susceptible de schématisation : les séances, d'abord assez rapprochées, seront de plus en plus espacées et pourront arriver en un an ou deux à un chiffre impressionnant : vingt, trente et bien davantage. Mais il ne s'agira presque toujours que d'une simple thérapeutique palliative.

Résultats. — Une statistique générale parait impossible et de flagrantes contradictions opposent les auteurs ; les uns comptant jusqu'à 95 p. 100 de guérisons, d'autres ne voyant dans les manœuvres bronchoscopiques qu'une thérapeutique accessoire, jouant surtout un rôle de préparation chirurgicale.

Il faut de toute nécessité sérier les observations. Sur 53 cas d'abcès aigus ou chroniques récents, les auteurs ont obtenu 66 p. 100 de guérisons.

Sur ces 35 cas de suppuration invétérée ou chronique, ils n'ont obtenu que 15 p. 100 de guérisons. Mais une amélioration véritable, et presque toujours inattendue, a été réalisée dans 66 p. 100 des cas.

L'ancienneté des lésions est le principal facteur du pronostic : un traitement endoscopique précoce, et énergiquement constitué, a les meilleures chances de réussite. La topographie de l'abcès doit, elle aussi, être considérée : 'abcès parahilaire, l'abcès du lobe inférieur seront le lplus favorablement influencés par les méthodes bronchoscopiques.

Place des méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires.

1° Au cours d'un abcès aigu, il faut y avoir recours tout de suite et énergiquement. Il n'existe guère de contre-indications. Appliquées selon des règles rigoureuses, elles permettent d'espéier de 60 à 70 p. 100 de guérisons.

2° A la période chirurgicale, hors le cas d'un abcès superficiel bien collecté, on doit encore tenter *immédiatement* le traitement bronchoscopique.

Diverses éventualités peuvent se produire :

a. Certains malades, une imposante minorité sinon la majorité, guériront.

b. D'autres ne réagiront pas ou réagiront mal : il ne faut pas s'obstiner, il faut recourir aussitôt à la chirurgie.

c. Au cas d'une simple « amélioration », aucune règle précise ne saurait être donnée ; seule l'étude minutieuse de chaque cas permet de décider du moment où au bronchoscope doit succéder le bistouri électrique.

d. Enfin, et bien que l'intervention paraisse d'emblée nécessaire, les manœuvres bronchoscopiques peuvent être à conseiller à titre de désinfection pré-opératoire.

Conclusions. — Le traitement des abcès du poumon est, aujourd'hui, quelque chose de singulièrement complexe ; il réclame avant tout la collaboration de diverses disciplines : médecin, radiologiste, chirurgien, bronchoscopiste ont chacun leur mot à dire.

Dans notre expérience actuelle, les méthodes bronchoscopiques paraissent capitales : presque toujours c'est elles qu'il faudra tout d'abord mettre en œuvre, qu'elles suffisent à fixer l'évolution favorable ou qu'elles préparent les voies aux interventions du chirurgien. Il faut en tout cas souhaiter que cette technique nouvelle fasse désormais, en France comme en Amérique, partie intégrante de nos méthodes habituelles d'examen et de traitement.

QUATRIÈME RAPPORT.

L'émétine dans le traitement des abcès du poumon.

Par M. **E. BERNARD.**

1° Dans les abcès amibiens du poumon, le traitement par la chlorhydrate d'émétine a, dans la règle, une action immédiate, complète, définitive, ayant tous les caractères d'une médication spécifique.

2° Dans certains cas, cette action remarquable du traitement émétinien est le seul critérium permettant de diagnostiquer l'amibiase. Scientifiquement, ce critérium serait insuffisant. Au point de vue clinique et pratique, il conserve une valeur considérable, surtout s'il s'agit d'un abcès évoluant depuis plusieurs mois.

3° Dans les suppurations pulmonaires non amibiennes, fétides ou non fétides, l'émétine donne les résultats suivants :

Dans quelques cas rares, la guérison est très rapide. Il s'agit toujours d'abcès aigus récents.

Dans un certain nombre de cas, la guérison est obtenue d'une façon relativement lente : quelques rechutes émaillent l'évolution, les signes radiologiques s'effacent péniblement et la *restitutio ad integrum* de la plage pulmonaire est rarement obtenue.

Dans un très grand nombre de cas, l'émétine est sans action.

4° Lorsqu'on est en présence d'un abcès non amibien aigu, récent, et s'il guérit rapidement après le traitement émétinien, quelle est la part de l'émétine dans cette évolution favorable? Comme un certain nombre de ces abcès guérissent spontanément après vomique, ce rôle peut être discuté. Chaque cas mérite d'être interprété. Chez un certain nombre de sujets, l'émétine semble améliorer le drainage de la collection.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

5° En tous cas, l'émétine n'agit pas ici comme une médication spécifique. Son action est imprévisible. Il n'y a pas de risque à essayer une cure d'émétine. Il y a à gagner, il n'y a rien à perdre. Il y a à gagner parce que, de temps en temps, on a l'heureuse surprise d'un succès thérapeutique merveilleux, parce que, d'autres fois, on assiste à une évolution assez rapidement favorable. Il n'y a rien à perdre, car ce traitement n'est pas nuisible et, comme il est de courte durée, il ne recule que de quelques jours l'heure des autres décisions thérapeutiques.

Discussion des rapports.

M. R. Proust (Paris) insiste sur les difficultés qui peuvent se rencontrer en présence d'un abcès du poumon et examine les diverses ressources auxquelles on peut faire appel. Il cite un cas dans lequel il a eu recours à la phrénicectomie.

M. Rist (Paris) est loin d'écarter aussi systématiquement que le fait M. Sergent la collapsothérapie du traitement des abcès du poumon. Il possède, en effet, des observations démontrant de la façon la plus évidente la possibilité de guérisons complètes et durables, d'abcès du poumon traités avec persévérance par le pneumothorax artificiel. C'est une méthode qu'il faut employer de très bonne heure et, évidemment, qu'il faut savoir abandonner à temps.

Il a été longtemps sceptique à l'égard du drainage bronchoscopique, jusqu'à ce que des observations de malades traités par M. Soulas dans son service lui aient démontré que certains cas, même anciens, pouvaient être guéris de cette manière, mais là encore, il faut de la patience et de la persévérance.

Il ajoute quelques mots en faveur des injections intraveineuses d'alcool qui lui ont procuré récemment deux succès brillants et rapides.

M. Robert Monod (Paris) est d'avis que c'est l'évolution qui doit avant tout guider pour le choix de l'heure de l'intervention.

Quand la vomique et la bronchoscopie ne donnent pas de résultat, il faut recourir à l'intervention précoce, sur tout s'il s'agit d'un malade jeune.

Toutes les interventions ne sont pas également graves.

Quand il s'agit d'abcès superficiels et récents, le drainage, réalisé par la pleuro-pneumotomie, est logique et n'offre guère plus de risques que pour les abcès en général.

Les difficultés commencent avec les abcès profonds : dans ces cas, il faut pratiquer la pneumectomie progressive, dont la technique est aujourd'hui parfaitement réglée.

En règle générale, c'est en multipliant les temps opératoires et en combinant les diverses thérapeutiques que l'on obtiendra une guérison complète. La bronchoscopie et la collapsothérapie s'associeront avantageusement aux méthodes chirurgicales directes.

En opérant de bonne heure et en prolongeant le drainage, on évitera les séquelles autrefois fréquentes : pyosclérose extensive et fistules bronchiques.

M. Ascoli (Palerme) estime que le rapport magistral de M. Sergent aura certainement le mérite d'augmenter la confiance dans l'intervention chirurgicale, surtout dans la pneumectomie fragmentaire, et de mieux réglementer la conduite du traitement de l'abcès pulmonaire, en amenant les malades, qui ne bénéficient pas des traitements médicaux, à l'opération dans le délai indiqué par M. Sergent. Mais il ne partage pas l'ostracisme des rapporteurs contre le traitement pneumothoracique de l'abcès pulmonaire ; il estime qu'on peut se mettre à l'abri de tout danger de perforation pulmonaire en excluant du traitemen, pneumothoracique les abcès superficiels, sous-pleuraux et du danger de la pleurésie fétide, en constituant le pneumothorax seulement quand la période aiguë et septique est terminée.

Communications.

Action favorable des injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires. — MM. Laignel-Lavastine et Paul Georges (Paris), reprenant la thérapeutique des suppurations pulmonaires par les injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100, selon la méthode préconisée par Landau, Fegjin et Bauer, ont, sur sept cas d'abcès du poumon, soit simples, soit putrides, obtenu cinq fois une guérison ou une grosse amélioration. Sans vouloir remplacer par ce traitement l'intervention chirurgicale, les auteurs pensent qu'on peut y avoir recours soit à la phase pré-chirurgicale des abcès du poumon, permettant peut-être dans certains cas d'éviter l'opération, soit dans les vieilles suppurations chroniques non justiciables de la chirurgie.

Indications, contre-indications et pratique de la bronchoscopie dans le traitement des dilatations bronchiques. — MM. Cordier et Mounier-Kuhn (Lyon) ont traité et suivi, depuis plus de dix-huit mois, douze cas de bronchectasie de causes diverses. Les indications de la bronchoscothérapie résultent de l'inefficacité des autres modes de traitement. Les contre-indications méritent d'être soigneusement étudiées à différents points de vue. Les principales sont tirées de l'âge du malade (enfants trop jeunes, vieillards).; de l'état infectieux : la gravité des symptômes d'infection est une contre-indication formelle à toute bronchoscopie ; de l'état général : la cachexie, l'insuffisance cardio-vasculaire, la dégénérescence amyloïde, sont des contre-indications absolues ; l'hémoptysie récente peut être une contre-indication temporaire. La conduite du traitement bronchoscopique comprend d'abord une première bronchoscopie exploratrice et diagnostique dont l'importance est considérable, puis un traitement d'attaque avec trois, quatre ou cinq bronchoscopies répétées à de courts inter valles. Si l'amélioration obtenue dès ce moment indique la continuation du traitement, on peut alors espacer les séances et arriver à ne faire de bronchoscopie que tous les trois mois environ. Les auteurs ont ainsi obtenu des améliorations durables dans les trois quarts des cas soignés.

A propos du traitement par les méthodes directes de suppurations intrapulmonaires. — M. Jean Guisez (Paris) distingue dans ces suppurations plusieurs cas bien distincts :

1° Si l'abcès est consécutif à un *corps étranger*, si le cas est *récent*, la guérison est la règle dès que le corps étranget est enlevé, et cela sans aucun traitement consécutif,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dans les cas *anciens*, le traitement direct quel qu'il soit, qu'il s'agisse de bronchoscopie avec aspiration ou d'injections massives, est inefficace et ne donne en général qu'une amélioration passagère.

Il en est de même pour les abcès dus à la chute dans les voies aériennes, de fragments septiques après des opérations sur la gorge.

2° S'il s'agit d'*abcès d'ordre médical*, que celui-ci soit *récent* et s'il n'y a pas de réaction générale, la bronchoscopie est indiquée au début du traitement de façon à poser le diagnostic exact de siège et d'étendue de la poche purulente et pour effectuer certaines interventions endobronchiques ; en outre, elle permet parfois de trouver un corps étranger latent. Mais on continuera le traitement par de simples injections massives transglottiques.

Par contre, s'il y a une suppuration étendue à une grande masse du parenchyme pulmonaire, avec un état général grave comme par exemple dans la *gangrène pulmonaire*, la bronchoscopie est tout à fait contre-indiquée et les injections massives seules permises ont paru à l'auteur particulièrement efficaces.

Si la *suppuration est ancienne*, la poche nettement organisée, le traitement bronchoscopique est tout aussi inopérant que les injections massives.

S'il s'agit de *suppurations bronchiques anciennes* (dilatations bronchiques) ou de collections suppurées interlobaires ouvertes secondairement dans la bronche (abcès pleuraux interlobaires), le traitement par les méthodes directes n'aura aussi qu'une bien faible action purement palliative.

Aussi l'auteur considère-t-il la bronchoscopie comme un traitement très difficile à appliquer, qui comporte beaucoup de contre-indications, est *bien souvent inefficace* et en tout cas n'a pas plus de valeur que les simples injections massives transglottiques.

Le traitement des abcès pulmonaires par la cure de soif. — M. L. Marov (de Bruxelles), qui a eu l'occasion de traiter 14 cas d'abcès pulmonaire par la cure de soif, a obtenu 10 guérisons rapides, une guérison lente, 3 échecs dont un décès et 2 cas qui ont abandonné la cure, l'un après une très grande amélioration, l'autre sans aucun changement ; il insiste sur l'innocuité de la cure qui donne dans les cas favorables une amélioration rapide ; dans la plupart des cas l'auteur a associé à la cure de soif les injections de sulfarsénol. Il estime que ce traitement doit être essayé dans tous les cas d'abcès pulmonaires, attendu qu'il n'empêche pas d'employer simultanément toute autre méthode de traitement.

Abcès du poumon et pleurésies interlobaires. — M. Creyx (Bordeaux). 1° La pleurésie interlobaire doit conserver son individualité anatomique et séміologique. Si les données permettant la différenciation avec l'abcès parenchymateux demeurent rudimentaires, l'auteur pense que l'image radioscopique ou radiographique initiale d'aspect rectangulaire à angles non émoussés suffit à la caractériser.

2° Dès que se montre la putridité de l'expectoration, on doit dire théoriquement qu'il y a gangrène. En fait, seule une question de degré dans l'intensité du processus sépare l'abcès gangreneux de la gangrène pulmonaire véritable.

3° Au point de vue thérapeutique, la discrimination topographique de l'interlobite et de l'abcès est, comme l'affirme M. Sergent, sans intérêt. Aux deux entités s'adressent avec des chances égales de succès les modalités et la conduite du traitement qu'ils préconisent.

Gangrène pulmonaire traitée par les injections intraveineuses d'alcool. — M. Burnand (Lausanne) relate l'observation d'un cas de gangrène pulmonaire à forme bronchopneumonique qu'il a tenté de traiter par les injections intraveineuses d'alcool dilué à 33 p. 100 dans du sérum physiologique. Malgré une amélioration temporaire très nette portant sur l'état fébrile et l'abondance de l'expectoration, l'évolution du cas ne fut pas modifiée d'une manière durable, et le malade succomba.

Les méthodes collapsothérapiques dans le traitement des abcès gangreneux du poumon. — MM. André Jacquelin, Marcel Perrault et Jean Gorse (Paris) présentent une étude, basée sur 16 cas, des indications, des contre-indications, de la technique, des résultats et des accidents du pneumothorax artificiel dans le traitement des suppurations et des nécroses putrides du poumon.

Ils montrent que la possibilité de réaliser le collapsus pulmonaire et les résultats qu'il fournit sont essentiellement fonction de la précocité avec laquelle on intervient. Dans les quinze premiers jours de l'évolution morbide, le collapsus pulmonaire en pression basse est possible et on évite les déchirures du poumon.

Le principal obstacle à la réussite du pneumothorax réside dans la forme anatomique de l'abcès : les abcès aigus se développant dans un poumon antérieurement sain permettent la collapsothérapie, qui est impossible dans les abcès chroniques envahis par la sclérose. Dans ces formes, avant de recourir à une intervention chirurgicale toujours grave on peut mettre en œuvre la phrénicectomie, dont les auteurs rapportent un exemple de remarquable action curatrice.

Notes sur l'emploi de l'émétine dans le traitement des abcès du poumon. — M. Charles Mattei (Marseille) a observé dix cas d'abcès pulmonaires traités par l'émétine. Sur quatre abcès chroniques, cette thérapeutique, comme toutes les autres, fut inefficace ; mais sur six cas d'abcès aigus fétides, l'émétine opportunément mise en œuvre a donné deux guérisons rapides et définitives

Il partage entièrement l'opinion exprimée par M. Etienne Bernard sur la nécessité d'un traitement émétinien d'épreuve au cours des suppurations pulmonaires. Il montre les dangers de l'intoxication émétinique. Mais il estime que l'action de l'émétine, souvent bienfaisante dans les abcès du poumon, ne peut jamais avoir d'inconvénients si on surveille le malade et si on ne dépasse pas $0^{gr},36$ à $0^{gr},40$ de chlorhydrate d'émétine en tout par voie hypodermique. Ces doses suffisent largement en quelques jours au succès thérapeutique, s'il est possible, et restent pratiquement inoffensives.

La trachéo-fistulisation dans la préparation à la bronchoscopie et aux opérations pulmonaires. — M. Georges Rosenthal (Paris) préconise l'usage de la trachéo-fistulisation pour désinfecter les voies bronchiques des grands malades, leur permettre de mieux supporter la bronchoscopie et diminuer la mortalité encore trop marquée des opérations pulmonaires. La vaccination des abcès du poumon doit être une vaccination de tissu prati-

quée par l'injection intrapulmonaire transthoracique. Désinfecter et aplatir, sinon détruire, telle est la règle de a cure.

M. Soulas, rapporteur, résume les indications du traitement bronchoscopique, moyen auxiliaire certes, mais très important. A la période tardive, il n'est plus que palliatif ; mais là encore, il peut rendre la vie supportable aux malades et à leur entourage. Il offre encore un intérêt pronostique du point de vue chirurgical. Cette méthode procure 70 p. 100 de guérisons complètes dans les trois premiers mois de l'abcès.

M. R. Kourilsky, rapporteur, fait la synthèse de tout ce débat. Toute une série de méthodes contradictoires de traitement des abcès pulmonaires viennent d'être exposées. De l'avis des rapporteurs, la véritable compréhension du traitement des abcès pulmonaires ne réside pas dans l'application exclusive et enthousiaste de telle ou telle méthode. Elle se dégage clairement, au contraire, lorsqu'on réintègre ce problème de pathologie pulmonaire dans le cadre de la pathologie générale. Pendant une période donnée que les observations cliniques ont montré être de un à deux mois suivant les cas, on peut espérer faire résorber l'abcès par des moyens médicaux. Passé ce délai, la collection doit être ouverte pour éviter ultérieurement la pyosclérose destructrice de l'organe. La question de technique est actuellement résolue et la thérapeutique de l'abcès pulmonaire doit rentrer dans le cadre général du traitement des abcès périphériques ou viscéraux.

Il est illogique de vouloir employer ici les méthodes de collapsothérapie employées dans la tuberculose pulmonaire, qui n'ont donné aux rapporteurs que des désastres. La fréquence considérable des cas de guérison spontanée dans le délai d'un à deux mois explique toutes les opinions contradictoires et les succès apparents des traitements médicaux proposés ; il faut considérer toutes les variétés de traitement médical comme des adjuvants et utiliser par conséquent les moins choquantes, les moins traumatisantes possible.

C'est pourquoi on peut conclure en toute fermeté que l'abcès pulmonaire est une maladie essentiellement médico-chirurgicale ; la chirurgie thoracique doit cesser d'être un épouvantail et entrer dans le domaine d'une pratique plus étendue, en collaboration médicale permanente.

M. A. Baumgartner ne peut que répéter les conclusions formulées par ses co-rapporteurs : pratiquée comme elle doit l'être, la chirurgie thoracique sur les abcès pulmonaires n'est plus actuellement une pratique meurtrière et ne doit plus faire hésiter le médecin à passer à l'acte chirurgical, celui-ci devant être fait avec le contrôle et la collaboration médicale.

M. Emile Sergent ne peut que souscrire à ce que viennent de dire ses collaborateurs Baumgertner et Kourilsky. La discussion qui a eu lieu ne saurait modifier l'esprit ni les conclusions de leur rapport. Elle a apporté quelques précisions et quelques remarques d'un intérêt indéniable. Elle a mis en lumière quelques réserves sur certaines de leurs propositions. Il se borne à répondre qu'ils n'ont prononcé l'ostracisme contre aucune des méthodes de traitement médical préconisées contre les abcès du poumon à leur phase de début. Mais ils disent qu'il serait dangereux de leur accorder une confiance aveugle, allant jusqu'à en prolonger l'application au delà des limites qu'autorise la prudence. Sinon, on s'expose à laisser passer l'heure optima pour l'intervention chirurgicale libératrice et curatrice. Peut-on espérer qu'une thérapeutique médicale quelconque parviendra à provoquer la résolution, c'est-à-dire la guérison de tous les abcès du poumon qui, dorénavant, échapperaient définitivement à la chirurgie? Il est impossible de prévoir l'avenir. Mais, dans les conditions actuelles de nos connaissances, on est en droit de soutenir qu'il serait aussi illogique de refuser aux abcès du poumon le secours de la chirurgie qu'il le serait de le refuser à l'appendicite aiguë par exemple.

Les rapporteurs estiment que la discussion qui s'est déroulée les autorise à maintenir leur conclusion essentielle : tout abcès du poumon, qui n'a pas guéri complètement dans un délai maximum de deux mois à partir de son début, doit être traité chirurgicalement.

Jean Lereboullet

NÉCROLOGIE

ÉDOUARD FLATAU (1868-1932)

(de Varsovie).

Il y a à peine quelques mois qu'à Varsovie mourait le grand médecin neurologiste Edouard Flatau. L'intellectualité israélite et la Science médicale mondiale perdent en lui une de leurs grandes personnalités.

Edouard Flatau naquit en 1868 à Plock, où il fit ses études secondaires. Après avoir passé son doctorat à Moscou, il partit à Berlin, pour étudier chez le célèbre Mendel les maladies du système nerveux. C'était en 1893. Une année plus tard, le fruit de son travail se synthétise dans son *Atlas des Menschlichen Gehirnes und des Fasernverlaufes*, 1894. Cette œuvre capitale fut rapidement traduite en quelques langues modernes, le français y compris.

A partir de 1895 commence l'époque de sa grande activité productrice dans le domaine de la neurologie et physiologie nerveuses. De ce temps datent ses travaux avec les professeurs Goldscheider, Gad, Minor, etc. Sur cette époque féconde, Jacobsohn écrit à un des élèves de Flatau ce qui suit : « Si l'on pense à tous ces travaux, on ne peut qu'admirer la force créatrice de Flatau grâce à laquelle il nous a donné tant de travaux. »

Citons seulement pour mémoire le travail de la *Zeitschrif für klin. Med.*, 1897, où Flatau a émis la loi sur le parcours des voies longues au sein de la moelle épinière ; le travail avec Goldscheider sur les modifications structurales de la cellule nerveuse par suite des agents mécaniques, thermiques et toxiques, *in Fortschr. d. Med.*, 1897 et 1898, etc.

En 1899 Flatau, après avoir refusé la chaire offerte à Buenos Ayres, retourne à Varsovie où les difficultés commencent pour lui. Il installe dans sa maison un petit laboratoire de neurologie et attire des jeunes élèves désireux d'étudier.

C'est seulement en 1904 qu'à la suite d'un concours d'admission, Flatau est admis aux fonctions de chef du

NÉCROLOGIE *(Suite)*

service de neurologie de l'hôpital israélite de Varsovie. En 1913 on crée, sous son impulsion, le service municipal de neurologie de la Société des sciences.

Après la Restauration, 1919, Flatau est préoccupé de l'étude des tumeurs cérébrales du point de vue expérimental et clinique. D'ailleurs, encore en 1910 il avait écrit dans le grand *Traité de neurologie* de Lewandowski, sa monographie sur les tumeurs de la moelle épinière.

Son travail sur la migraine (1912) est classique et il n'y a pas de travail moderne sur la question qui ne cite ce travail complet et très compétent sur les migraines.

Dès 1920 et jusqu'à sa mort, Flatau s'occupa de l'étude clinique de l'encephalite épidémique ; une grande série de ces travaux furent publiés dans les périodiques français, comme *l'Encéphale* et la *Revue de neurologie*.

En 1929, ses collègues, collaborateurs, élèves et admirateurs lui ont donné un livre jubilaire intitulé : *Recueil de travaux offerts à Édouard Flatau* et qui porte cette modeste inscription : « Au cher maître Edouard Flatau, en souvenir des trente-cinq ans dédiés à la Science et à l'Art médical. »

Les 70 articles qui forment le volumineux livre sont signés par des savants dont la renommée est mondiale : K. Wilson, O. Marburg, Mingazzini, Guillain, Lavastine, Minkowski, Roussy, Bechterew, Marinesco, Bielschowsky, Claude Redlich, Sicard, Schuster, etc.

Le sort a été cruel avec cet homme de génie. Flatau meurt d'une maladie du système nerveux qui a fait dernièrement de grands progrès. Néanmoins l'infatigable travailleur ne voulait pas se reposer. Seulement pendant les dernières trois semaines, il se reposait : c'était trop tard.

Cet homme qui dirigea la Section de neurologie de l'hôpital de Varsovie, qui a créé la Section de neuro-psychiatrie de la Société de médecine de Varsovie, qui a créé la Section clinique de la Société de médecine sociale, qui a créé un périodique médical polonais, et enfin qui a créé une phalange d'élèves qui lui font tout honneur, eh bien, cet homme était bon, modeste, simple et haïssait toute fausse réclame... qui ne fait qu'abaisser une vraie personnalité.

Flatau ne meurt pas, car il laisse des travaux durables et surtout des élèves qui sauront continuer l'œuvre de leur grand maître.

Dr. M. SCHACHTER (Bucarest).

CEREMONIE MÉDICALE

REMISE DE LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR RIEUX

Sur l'initiative de deux de ses anciens élèves M. le professeur Pilod et le Dr Roudouly, une réunion intime groupait autour du professeur Rieux, à l'occasion de son jubilé professoral le 8 novembre dernier, dans les salons du Cercle militaire, ses anciens élèves et ses nombreux amis. Tous avaient répondu avec empressement à l'appel du comité d'organisation et avaient voulu lui apporter le témoignage de leur reconnaissance et de leur sympathie. Une admirable plaquette due au talent du sculpteur Armel Beaufils et reproduisant les traits du maître lui fut offferte, et chacun put en admirer la vérité d'expression, y retrouver sa grande distinction de traits et la profondeur du regard

La séance s'ouvrit la présidence de M. le Dr Ch. Fiessinger et la parole fut donnée à M. le professeur agrégé Jausion, du Val-de-Grâce, qui, au nom des anciens élèves du professeur Rieux, sut parfaitement traduire l'émotion qu'il éprouvait et que tous partageaient avec lui. Il retraça la vie exemplaire de l'homme et sa haute tenue morale, mit en relief toutes ses qualités d'enseignement, son admirable talent de clinicien, rappela ses travaux et plus particulièrement son œuvre hématologique, ainsi que ses études sur la tuberculose. Interprète enfin des sentiments de tous, M. Jausion sut, dans un bel élan du cœur, exprimer au maître toute la reconnaissance et la respectueuse affection de tous ceux qu'il contribua à former à la profession médicale.

M. le Dr Ameuille, médecin des hôpitaux de Paris, au nom des amis civils du professeur Rieux, en une allocution d'une grande finesse de sentiments et dont la simplicité voulue était un charme de plus, vint dire combien la modestie et les belles qualités de cœur du grand savant avaient su grouper autour de lui d'amitiés et de sympathies profondes.

Ce sont encore ces valeurs qu'allait évoquer le Dr Trémolières, médecin des hôpitaux de Paris, ancien médecin mobilisé à la 53e division et qui connut pendant la guerre le médecin-major Rieux. Rappelant les heures sombres de la retraite de Charleroi, le flottement et l'incertitude pénible des unités livrées à elles-mêmes sans directives, il montra comment le militaire qu'était Rieux sut refaire autour de lui le faisceau des isolés, leur rendre confiance par ses qualités de sang-froid, de courage calme, de claire vision des choses, et assurer l'élan spontané de tous vers le chef.

L'esprit critique naturel aux médecins, dit M. Trémolières, s'effaçait devant son prestige, et c'est à l'acceptation d'une discipline librement consentie que le médecin-major Rieux dut de ramener jusqu'à la Marne des unités longtemps perdues pour tous.

Dans la suite, toujours égal à lui-même, ne devait-il pas encore, avec le même calme héroïque, sortir seul des tranchées françaises sous la protection du pavillon de la Croix-Rouge, pour aller demander à l'ennemi la trêve nécessaire au sauvetage des blessés restés dans le *no man's land*.

Il appartenait au Dr Camelot, doyen de la

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

Faculté catholique de Lille, de venir rappeler toute la part qu'y était venu prendre le professeur Rieux en continuant depuis six ans, dans la chaire de pathologie interne, un enseignement dont les exceptionnelles qualités avaient fait son renom à l'École de santé militaire de Lyon et à l'école du Val-de-Grâce.

Puis, le Dr Fiessinger, en une allocution pleine d'émotion et d'affection, remettant encore en lumière les grands traits de son caractère, les grands faits de sa vie médicale et militaire, rappela enfin combien, au cours d'une collaboration médicale prolongée, il avait pu apprécier ses remarquables qualités de technicien et son incomparable valeur morale.

Le professeur Rieux tint ensuite à remercier les orateurs successifs, l'auteur de la très belle œuvre qui lui était offerte et les deux organisateurs de cette réunion : le professeur Pilod et le Dr Roudouly. Puis, après un souvenir très ému à celle qui fut la compagne de sa vie et sa collaboratrice, il évoqua ses années de professorat à l'École de Lyon et à l'école du Val-de-Grâce, la vie de son service hospitalier que rendait si facile le dévouement de son admirable infirmière Mlle Protat ; enfin, prenant pour thème les principes de travail scientifique qui furent toujours les siens, il en refit l'exposé en une magistrale leçon qui fut, pour tous ses élèves présents, un enseignement toujours fécond.

Les qualités de cœur de M. le professeur Rieux, son accueil toujours simple et bienveillant, son dévouement envers tous, joints à ses autres qualités morales, ne lui avaient valu que des amis. Aussi, autour de lui, se trouvait réunie l'élite du monde médical civil et militaire : le médecin général inspecteur Cadiot, directeur du service de santé au G. M. P.; le médecin général inspecteur Sacquépée auquel l'attachaient, entre autres souvenirs les encouragements et les conseils qu'il lui donna jadis à son laboratoire de Rennes; le professeur Vincent, membre de l'Institut, avec qui il collabora à maintes reprises; le médecin général Geysen; le médecin général Lévy, directeur de l'école du Val-de-Grâce; le médecin général Toussaint, le professeur Baudoin, le professeur Lardennois, les professeurs Reverchon et Billet; les Drs Besredka et Marchoux, de l'Institut Pasteur; plusieurs de ses collègues de la Faculté catholique de Lille; M. Mâle, de l'Académie française; le Dr Laurence; M. Doin, éditeur; M. Auguste Dupouy; les professeurs et professeurs agrégés, et anciens professeurs du Val-de-Grâce, parmi lequels le maître compte tant d'élèves.

M. le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, retenu par une conférence, s'était fait excuser.

Enfin, si toutes les générations successives de médecins militaires que le professeur Rieux contribua si largement à former ne pouvaient être présents autour de lui, du moins des témoignages nombreux qui lui vinrent des contrées les plus lointaines ainsi que l'empressement de tous ceux qui, réunis à Paris ou disséminés en province, répondirent à l'appel du comité d'organisation, montrèrent combien était resté vivant dans le cœur de tous le souvenir du maître.

M. Gauthier.

ÉCHOS

GRANDES CONFÉRENCES ORGANISÉES PAR L'UNION MÉDICALE LATINE

" CE QUE LA MÉDECINE DOIT A L'ITALIE "

Par M. le Pr Léon BERNARD,

Membre de l'Académie de Médecine.
Membre d'honneur de l'UMFIA.

Hier, 17 novembre, le professeur Léon Bernard a fait une magnifique conférence à l'Institut océanographique, devant un très gros public de 1 000 personnes, sur ce sujet admirable et substantiel : « Ce que la médecine doit à l'Italie ». La conférence était présidée par Son Excellence Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie.

Parmi de nombreuses personnalités, nous avons reconnu MM. les professeurs Calmette, Hauser, Cunéo, Faure, Labbé, Legueu, Sergent, Terrien, Roule, Petit; J. Bernard et Peugniez (d'Amiens); Basset, Lévy-Valensi, Grondin (du Canada), général Lasson, le ministre Cruppi, le député Molini, les Drs Bory, Chaillons, Noir, Foveau de Courmelles, Bord, Dartigues, Molinéry, Dausset, Cambiès, Berty Maurel, Chauvois, de Parrel, le professeur Léine (Lyon).

Parmi les membres de la Colonie italienne, nous avons remarqué le comte Vinci, le commandeur Landini, le marquis Capranico, Drs Cattani, Grazioli, comte Gennari, comte Merlino, commandant Brunette, M. Frigerio, Dr Vaccaro, etc., comte Samengo.

De nombreuses dames assistaient également à cette conférence.

Le conférencier, après avoir remercié Son Excellence l'ambassadeur d'Italie, Pignatti Morano di Custoza, qui lui fit l'honneur de présider personnellement à cette manifestation, et l'Umfia ou Union médicale latine sous les auspices de laquelle se fit cette conférence, et en particulier les organisateurs, les Drs Dartigues, président de l'Umfia, Drs Molinéry et Dausset, montre dans une vue générale l'ampleur et la portée de l'apport de l'Italie au progrès des sciences médicales, apport aussi considérable que dans toutes les branches de l'activité intellectuelle

ÉCHOS *(Suite)*

humaine. Il divise l'histoire de la contribution italienne en trois grandes époques : *l'Antiquité romaine, la Renaissance, la Troisième Italie.*

L'Antiquité romaine comprend dans l'ordre médical essentiellement les travaux de Celse et de Gallien. Mais les Romains ont surtout fait valoir leur génie dans l'ordre de l'hygiène publique, dont nous admirons encore les ouvrages avec les ruines qui nous sont restées. Aqueducs égouts, thermes, autant de monuments témoignant des préoccupations sanitaires du peuple romain.

Après l'École de Salerne qui doit à sa position géographique d'être un véritable carrefour des médecines égyptiennes, grecques, juives et arabes, les universités italiennes se créent.

Dès le XIIIe siècle, Bologne, Padoue, Pavie sont les plus éclatantes et de celles-ci, part un rayonnement qui confère à la médecine, à l'époque prodigieuse de la Renaissance, la même puissance et la même fécondité que dans tous les autres chapitres de la culture. Le renommée de ces écoles est telle que de toutes parts des hommes viennent qui, retournés dans leurs pays respectifs, immortalisent ceux-ci par des découvertes dont l'inspiration première a sans doute été donnée au cours de leurs séjours dans les universités italiennes ; ainsi en est-il de Harvey. L'étude des maladies infectieuses et des pestilences avec Fracastor, la clinique avec Baglivi, et plus tard les applications des découvertes de Galvani et de Volta, la chirurgie de Lanfranchi et Fabrice d'Acquapendente à Scarpa, la médecine du travail fondée par Ramazzini, placent l'Italie au premier plan des découvertes médicales.

Le XIXe siècle, avec l'épanouissement de ce qu'on a nommé la Troisième Italie, ne se montre pas indigne de ses aînées. L'orateur signale trois activités où l'Italie brille d'un éclat particulier tant au point de vue de le science médicale qu'à celui de l'hygiène sociale. 1° Le *paludisme* avec les découvertes de Grassi et de Golgi a pu être enfin attaqué avec succès ; les poètes ne pourront plus aujourd'hui chanter l'aspect désolé et romantique de la Campagne romaine et des Marais Pontins devenus terres cultivées et territoires prospères. 2° Législation et organisation médicale du travail. 3° Enfin, la tuberculose a vu la thérapeutique être profondément révolutionnée par l'invention du pneumothorax artificiel due à Forlanini. C'est de cette date mémorable que part le mouvement dont tous les phtisiologues se réjouissent aujourd'hui. Ce progrès thérapeutique est complété au point de vue social par une législation d'assurances, dont le produit a permis l'essor de l'organisation antituberculeuse et la création d'un Institut unique au monde.

Après avoir illustré cette conférence par la projection d'une série de clichés dus à la libéralité du ministère de l'Intérieur italien, grâce à MM. de Foa et Rebucci, et de clichés de la collection particulière du Dr Molinéry, l'orateur résume toute l'œuvre médicale italienne en montrant qu'elle n'est pas inférieure aux autres fruits innombrables et magnifiques du génie de l'Italie.

L'exposé du professeur Léon Bernard fut une heure d'instruction et de charme, grâce à son érudition, aux relations italiennes qu'il a évoquées ; ce fut une suite très heureuse aux conférences des Voix latines des professeurs Forgue sur l'Espagne, et professeur Sergent sur le Canada.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1932.

M. VAQUEZ lit une notice nécrologique sur M. Babinski.

La déclaration obligatoire des maladies infectieuses. — L'Académie devait discuter les conclusions de la Commission nommée pour étudier un vœu proposé par M. Loir dans la séance du 11 octobre.

Après avoir entendu M. Loir et M. Netter, la discussion est renvoyée au 6 décembre.

Existe-t-il des maisons à cancer ? — M. Aug. LUMIÈRE (de Lyon) et le Dr Paul VIGNE, directeur du Bureau d'hygiène, abordent dans une étude analytique approfondie, la question des « maisons à cancer », dont M. Chaton a saisi l'Académie au cours de cette année 1932.

S'appuyant sur des considérations statistiques précises ayant trait à la Ville de Lyon, où la théorie des maisons à cancer à bénéficié de quelque crédit comme ailleurs, — ces observateurs concluent nettement à la légende des maisons à cancer. Ces conclusions s'accompagnent de réflexions d'ordre général que voici :

1° Aucun fait connu jusqu'ici ne nous autorise à prétendre qu'il y a des maisons à cancer ;

2° Il est prudent de se défier des coïncidences ; le rapprochement des phénomènes n'a de valeur qu'autant que les déductions qu'on en tire sont systématiquement contrôlées ;

3° Il est souhaitable que la méthode scientifique rigoureuse devienne la base de certaines recherches médicales pour lesquelles on s'est trop facilement contenté jusqu'ici de solutions empiriques établies uniquement sur la concordance de phénomènes sans rapport effectif entre eux.

L'opothérapie thymique chez l'enfant. — MM. LEREBOULLET et J.-J. GOURNAY rapportent les résultats que, depuis 1928, leur donne l'opothérapie par l'extrait de thymus d'animal jeune, employé par voie buccale à la dose de 0 gr, 50 d'extrait sec par cachet et par voie sous-cutanée surtout, sous forme d'ampoules contenant de 1 à 5 grammes d'organe. Les faits dans lesquels ils ont employé cette opothérapie sont assez variables, mais il en est deux catégories dans lesquelles se manifeste nettement l'action de cette opothérapie sur l'évolution de l'appareil génital mâle ou femelle. Les premiers concernent les garçons présentant de la cryptorchidie et offrant à des degrés variables le tableau du syndrome adiposo-génital avec ectopie testiculaire uni ou bilatérale, petitesse des testicules, obésité relative. L'opothérapie thymique dans nombre de cas, non justiciables de la cure chirurgicale ou ne commandant pas d'emblée celle-ci, a facilité la descente des testicules, les modifications de leur volume et a agi secondairement sur la morphologie de l'enfant, son poids et sa taille. Les résultats, sans être absolument constants ni toujours rapides, ont été assez nets pour démontrer l'activité de la médication. Sur les troubles d'évolution de l'appareil génital femelle, les effets de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

l'opothérapie thymique sont plus difficiles d'interprétation mais parfois fort significatifs et les auteurs rapportent des cas de dysménorrhée et d'aménorrhée très favorablement influencés. Ils montrent l'action de la médication sur la croissance et la nutrition des sujets traités et notamment sur l'obésité. Ils signalent les effets de l'opothérapie thymique sur le métabolisme basal qu'elle augmente légèrement au début, qui diminue ensuite, puis se stabilise à des chiffres sensiblement identiques. Ils rapportent enfin les résultats obtenus dans certaines dystrophies infantiles, telles que le mongolisme, ainsi que dans l'achondroplasie où, dans deux cas, fut constatée une action un peu inattendue sur la croissance des os longs. Il s'agit donc d'une méthode thérapeutique active, dont l'emploi se justifie dans les troubles de croissance et de nutrition de l'enfant et particulièrement lors de retard dans l'évolution génitale.

La réorganisation des services sanitaires en Algérie... — M. le médecin général inspecteur LASNET, qui est chargé, par le gouvernement général de l'Algérie de la réorganisation des services militaires, montre d'abord par quelques chiffres leur importance croissante depuis quelques années.

Les crédits affectés à ces services sont passés de 12 millions en 1914 à 20 millions en 1920 et à 118 millions en 1930. Il est probable que, cette année, ils seront de l'ordre de 180 millions.

Le nombre des lits d'hôpital a passé en dix ans de 3 600 à 7 000 pour les malades, de 730 à 2 000 pour les vieillards.

Le chiffre des hospitalisations s'est élevé en 1900 à 25 000, en 1920 à 42 000, en 1931 à 68 000.

L'organisation calquée sur l'organisation départementale ne cadrait pas avec les besoins actuels et ne permettait pas les développements heureux dont on a pu voir des exemples au Maroc et dans certaines colonies.

Le 26 septembre, le gouvernement général a créé l'organe de direction qui manquait sous la forme du *Bureau de la santé publique d'Algérie*.

Il n'est pas douteux que la création nouvelle permettra de donner au service hospitalier, aux services de médecine sociale, aux hôpitaux spéciaux, aux sanatoriums, aux services de prophylaxie, etc., une impulsion nouvelle indispensable dans un pays où les indigènes sont fermés à l'influence extérieure et restent fixés dans leurs préjugés traditionnels.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la Ve division (médecine vétérinaire).

M. Marotel, professeur de parasitologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est élu au premier tour de scrutin.

Une deuxième élection pour deux places de correspondants étrangers dans la même division fait élire M. Heindrick (de Bruxelles) et Sir Arnold Theiler (de Lucerne), ce savant suisse est particulièrement connu pour ses travaux effectués dans la colonie du Cap.

La séance annuelle aura lieu le mardi 13 décembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 novembre 1932.

Péricardite tuberculeuse et endocardite rhumatismale — MM. LAUBRY, ROUTIER et BEERENS rapportent l'observation d'une malade porteur d'une double lésion valvulaire mitrale et aortique et qui fit une péricardite sèche dont ils soupçonnèrent la nature tuberculeuse. Celle-ci fut vérifiée par inoculation du sang à des cobayes sensibilisés à l'infection tuberculeuse par des injections d'extrait ciro-graisseux de bacille de Koch.

La malade traitée par des injections intraveineuses d'antigène méthylique, guérit d'une façon remarquable. Non seulement les troubles fonctionnels et objectifs disparurent, mais le cœur, énorme à la radioscopie, reprit ses dimensions primitives, ses diamètres accusant une diminution de plusieurs centimètres.

En dehors de ces résultats remarquables, les auteurs insistent sur la coïncidence des lésions cardiaques rhumatismales et tuberculeuses, et les rapprochent de faits analogues qui leur font émettre des doutes sur l'unicité originelle du rhumatisme évolutif.

A propos de l'« épilepsie cardiaque ». Le rôle probable de l'infection rhumatismale et de la chorée de Sydenham dans l'étiologie de certaines épilepsies. — M. JACQUES DECOURT, s'appuyant sur cinq observations, pense que le rhumatisme articulaire aigu compliqué de rhumatisme cérébral et la chorée aiguë de Sydenham peuvent engendrer l'épilepsie. La confirmation de cette notion éclairerait d'un jour nouveau certains faits d' « épilepsie cardiaque », en raison de l'affinité bien connue que présentent ces mêmes infections pour le cœur. Dans les cas apportés par l'auteur l'épilepsie a pris l'allure d'un mal comitial banal. Mais il est possible que la maladie demeure, dans d'autres cas, latente, pour ne se révéler que tardivement, sous l'influence de la congestion œdémateuse encéphalique secondaire à l'insuffisance cardiaque.

Séance du 25 novembre 1932.

Diurétiques mercuriels et obstacle prostatique. — M. A. PORTOCALIS (Athènes) rapporte l'histoire de deux malades, un asystolique et un cardio-rénal, atteints d'hypertrophie de la prostate et qui ont présenté, au moment de la grande diurèse hydrargyrique provoquée, de la rétention urinaire aiguë. Malgré la gravité de ces accidents, l'auteur ne pense pas qu'il faille proscrire l'emploi des diurétiques mercuriels chez les sujets âgés.

Un cas de séminome à évolution aiguë greffé sur un testicule ectopique chez un pseudo-hermaphrodite. — MM. DUVOIR, POLLET, M. CACHIN et Mlle DE CURSAY rapportent l'observation d'un sujet atteint de malformations multiples : hypospadias péno-scrotal avec pseudo-hermaphrodisme, rétrécissement nitral, hernie ombilicale, malformations digitales. Ce malade présenta brusquement, au décours d'une crise d'hyposystolie, des signes abdominaux d'interprétation délicate. L'intervention montra un séminome volumineux développé aux dépens d'un testicule ectopique.

Tétanos atypique confirmé par la découverte du bacille de Nicolaïer dans un vieil ulcère variqueux. — MM.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

MM. DUVOIR, POLLET, M. CACHIN et Mlle DE CURSAY rapportent l'observation d'un malade de cinquante-cinq ans atteint d'un trismus intense, à peine fébrile bien que datant de plusieurs jours, et accompagnant un état dentaire déplorable qui aurait provoqué un trismus analogue un an auparavant, guéri par la simple avulsion d'une dent cariée. L'apparition ultérieure de raideur de la nuque, les redoublements paroxystiques du trismus avec quelques contractures des membres inférieurs conduisirent au diagnostic de tétanos, ce que confirma la culture du pus d'un vieil ulcère variqueux datant de quinze ans. Le malade guérit rapidement par la sérothérapie appliquée suivant la méthode de Dufour.

Sur un cas de gastro-entérocolite méconnue. — M. HAYEM rapporte l'observation d'une malade sujette à des crises d'asthme qui présentait, d'une part une rhinite purulente, d'autre part une gastro-entérocolite vraisemblablement secondaire à cette rhinite. Outre les signes cliniques, on constatait d'importantes modifications radiologiques et notamment une dilatation aérique de la partie moyenne de l'iléon. L'auteur croit que les crises d'asthme étaient symptomatiques et conditionnées par l'épine nasale et l'épine gastro-intestinale. Il insiste sur l'intérêt de l'examen du suc gastrique.

Bacillémies tuberculeuses au cours d'infections aiguës non tuberculeuses (bacillémies tuberculeuses muettes secondes). — MM. RENÉ S. MACH et EVELYN MACH (présentés par M. LEMIERRE) rapportent trois observations de malades atteints d'infections aiguës (septicémies à strepto et staphylocoques et gangrène pulmonaire) dans le sang desquels Lœwenstein à Vienne et eux-mêmes ont pu cultiver des bacilles de Koch. L'étude clinique et anatomo-pathologique approfondie de ces malades n'a pas permis de déceler un foyer de tuberculose en activité qui aurait pu servir de source à la bacillémie. En outre, rien dans la symptomatologie et l'évolution clinique de ces malades n'a été modifié ou apporté par ces bacilles de Koch qui ont traversé l'organisme sans exercer aucune action pathogène. Les auteurs discutent et critiquent l'expression « microbe de sortie » qu'on a pris l'habitude de donner à ces germes d'association. Ils montrent que cette expression a été employée jusqu'ici pour des microbes de virulence très variable et qu'elle ne suffit pas à définir les bacillémies tuberculeuses non pathogènes au cours d'infections aiguës. Ils proposent de les appeler *bacillémies tuberculeuses muettes secondes*. Ces constatations montrent combien il faut être prudent dans l'interprétation des hémocultures positives et que le fait de trouver des bacilles de Koch dans le sang d'un malade ne permet pas de conclure à l'origine tuberculeuse de la maladie.

M. RIST demande si on a étudié la virulence de ces bacilles.

M. LEMIERRE répond que l'inoculation au cobaye ne semble pas avoir été pratiquée.

M. TROISIER croit qu'en l'absence de cette recherche on ne peut éliminer les bacilles paratuberculeux. Néanmoins il a observé des cas tout à fait comparables dans lesquels il s'agissait de bacilles humaines virulents ; il s'agit, semble-t-il, de bacilles en circulation provenant de lésions minimes.

M. COSTE a isolé avec M. Saenz le bacille tuberculeux dans le sang d'un scarlatineux non tuberculeux.

M. RIST a observé il y a plusieurs années chez une cardiaque la présence de bacilles tuberculeux virulents dans l'urine ; or la seule lésion tuberculeuse était une cicatrice étoilée d'un des sommets pulmonaires ; la malade était donc remarquablement immunisée contre le bacille qui pouvait sans dommage traverser tout son organisme.

M. LEMIERRE pense qu'il s'agit dans le cas de M. Rist comme dans ceux qu'il vient de rapporter de simples bacilles en circulation.

Sur le drainage médical des voies biliaires, dans un cas d'obstruction du canal cholédoque par un calcul vésiculaire après une crise de colique hépatique. — MM. A. BAUDOUIN, E. AZERAD et ANDRÉ BUSSON rapportent l'observation d'une malade qui, après une colique hépatique typique fit un ictère par rétention progressif. Les clichés radiographiques montrant un calcul cholédocien, l'injection intraduodénale de jaune d'œuf, pratiquée neuf jours après le début de l'ictère, libéra la voie biliaire principale. Le lendemain, le calcul cholédocien n'existait plus sur les radiographies et la malade déjaunit en quelques jours. Ce résultat thérapeutique n'est peut-être qu'un fait heureux exceptionnel. Il ne faut pas oublier qu'il s'agissait de favoriser l'expulsion d'un calcul émigré récemment dans le canal cholédoque. Il serait utile de préciser les indications du drainage médical des voies biliaires dans les obstructions calculeuses du cholédoque. Les auteurs pensent avoir rendu service à leur malade en permettant de pratiquer une intervention chirurgicale en dehors d'une poussée ictérique.

A propos d'un cas de rhumatisme articulaire aigu : bacille paratyphique B comme germe de sortie ; accidents d'acido-cétose salicylée. — MM. HALBRON, H. BÉNARD et F.-P. MERKLEN publient un cas de rhumatisme articulaire aigu intéressant à un double point de vue : la constatation d'un bacille paratyphique B par hémoculture au cours de son évolution ; les accidents d'acidocétose très alarmants causés par la médication salicylée et qui cédèrent assez rapidement à la cessation du salicylate de soude et à l'administration du bicarbonate de soude. Ils concluent à la nécessité de l'administration de bicarbonate de soude quelle que soit la voie d'introduction du bicarbonate.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1932.

Anomalies de la rotule. — M. BRAINE rapporte, au nom de M. BAUDET (Armée), un cas de rotule tripartite bilatérale.

Scaphoïde carpien pommelé. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. JACQUES (de Genève) terminée par la guérison après extirpation.

Luxation congénitale de la rotule. — M. MOUCHET, au nom de M. BARRET (d'Angoulême), rapporte un cas de guérison complète par transposition de la tubérosité antérieure du tibia, combinée à la fixation de la rotule à travers une brèche capsulaire.

A propos de l'urétéro-cystonéostomie. — M. PIERRE BARY, partisan de l'opération dans les sections récentes de l'uretère, la considère comme vouée à l'insuccès lorsqu'elle est faite tardivement, à cause des lésions rénales secondaires à la fistule.

SOCIÉTÉS SAVANTES (Suite)

Pancréatite œdémateuse. — M. BROCQ rapporte plusieurs observations de différents auteurs concernant des faits de cette sorte. Il s'agit de lésions rares, rencontrées 21 fois sur 443 cas de pancréatite et très ordinairement terminées par la guérison.

M. OKINCZYC estime qu'on a exagéré l'influence déterminante de la lithiase, ce qui ne diminue en rien la valeur très considérable de la chalécystostomie.

M. LEVEUF croit l'œdème très habituel dans les cas de pancréatite aiguë ; l'évolution ultérieure se faisant soit vers la guérison, soit vers la pancréatite aiguë. A son avis, le drainage de la vésicule n'est pas très nécessaire.

M. GOUVERNEUR a observé une récidive après intervention, que le drainage de la loge pancréatique n'empêcha pas de se terminer par la mort.

M. BROCQ est aussi d'avis que ce drainage peut très bien ne pas arrêter le processus nécrotique.

Apicolyse avec plombage paraffiné. — M. FRUCHAUD préfère de beaucoup la voie postérieure. Il a obtenu par cette technique six très bons résultats et un seul échec sur 18 cas.

Transfusion de sang de cadavre. — M. JUDINE (de Moscou) a réussi de nombreuses transfusions avec du sang de cadavre. recueilli dans un liquide citraté et conservé avec toutes ses propriétés biologiques pendant vingt et vingt-cinq jours. HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 *octobre* 1932.

Méthode rapide de préparation de sérums antivenimeux — antivipérides et cobras — au moyen des anavenins formolés. — MM. GRASSET et A. ZOUTENDYK ont vu que l'utilisation des anavenins formolés dans l'hyperimmunisation des chevaux producteurs de sérums antivenimeux, permet de préparer rapidement, en cinq à sept semaines, et sans dangers pour les chevaux immunisés, des sérums antivenimeux, antivipérides, colubridés, ou polyvalents, de valeur thérapeutique comparable à celle de sérums obtenus, en douze à seize mois, par la méthode de doses progressivement croissantes de venins non modifiés.

L'immunisation et la production d'antitoxine diphtérique, chez le chien, au moyen de l'anatoxine spécifique. — MM. G. RAMON et R. RICHOU signalent que, chez les chiens immunisés au moyen de l'anatoxine diphtérique, la production de l'antitoxine spécifique est relativement faible, proportionnellement beaucoup moins abondante que chez d'autres espèces animales, l'espèce équine par exemple. Cette différence entre les deux espèces s'explique sans doute par le fait que le cheval, grâce à l'immunité d'origine occulte qu'il est capable de posséder, est d'avance préparé à la production artificielle d'antitoxine ; le chien, n'étant pas susceptible d'acquérir cette immunité, se montre peu apte à fournir de l'antitoxine en réponse aux injections d'antigène.

Présentation d'ouvrage. — M. BAUDOUIN présente l'ouvrage de MM. DÉNAU, BLANCHARD et SIMONNET, sur « La Thyroïde ».

Séance du 5 *novembre* 1932.

Sur l'allergie vaccinale. Sensibilisation et désensibilisation à l'aide de vaccin jennérien tué. — MM. P. GASTINEL, J. REILLY et M. MORTIER concluent de leurs recherches que la sensibilité acquise vis-à-vis de l'antigène vaccinal peut être mise en évidence aussi bien avec un virus tué qu'avec un virus frais. Il est possible d'obtenir une désensibilisation du sujet vis-à-vis de cet antigène par des injections répétées de vaccin tué. Il apparaît donc que la réaction allergique a les attributs d'un phénomène de sensiblisation vis-à-vis de la protéine représentée par le virus vaccinal.

Contribution à l'étude de la thermo-résistance de la toxine tétanique. — MM. S. MUTERMILCH, M. BELIN et Mlle SALOMON, continuant leurs recherches sur la thermo, résistance de la toxine tétanique en présence de sérum, constatent que cette résistance est fonction d'éléments traversant la barrière vasculo-méningée, l'épithélium rénal et les membranes en collodion. Si l'urée et la créatine sont sans action, la créatinine agit fortement. La toxine tétanique ne se conserve pas dans le vide, et diverses substances réductrices étudiées se sont montrées sans action sur la stabilisation de la toxine tétanique. Certaines suspensions colloïdales (gélose à 1 p. 1 000. gomme d'adragante), ainsi que les émulsions microbiennes, exercent une action protectrice marquée, tandis que d'autres colloïdes tels que : le glycogène, la gomme arabique, le tannin, la dextrine et l'amidon sont sans action. Les substances anorganiques se montrent dépourvues de toute action stabilisante.

Action des calcium, potassium et sodium sur le système mélanique de l'axolotl. — M. V. VILTER, en partant du fait que le système pigmentaire mélanique de l'axolotl est régi — aussi bien dans son activité morphologique que physiologique — par un mécanisme neuro-humoral, tente de réaliser des modifications caractéristiques des cellules pigmentaires par l'action de certains cations. Le calcium provoque le blocage (en état de contraction) et le potassium l'activation (par étalement) des mélanophores. L'auteur révèle les ressemblances entre l'action du cuivre et celle des substances « sympathiques » impliquées dans le transport humoral de l'excitation (du cœur, par exemple), de même qu'il rapproche l'effet de l'injection du potassium de l'action des substances vagales.

M. L. LAPICQUE discute l'intérêt de ces recherches.

Activation par le phénol-résorcine de l'antigène méthylique de Boquet et Nègre pour la recherche des anticorps tuberculeux. — M. A. GUALDI montre que l'antigène méthylique additionné de 0,5 p. 100 de phénol et de 0,5 p. 100 de résorcine et dilué au vingtième au moment de l'usage, décèle une plus grande quantité d'anticorps dans le sérum des malades et des animaux tuberculeux que l'antigène méthylique seul. Il possède la même spécificité. L'emploi de cet antigène activé serait particulièrement indiqué dans les cas de tuberculose pulmonaire fibreuse.

Séance du 12 *novembre* 1932.

Le réflexe de clignement à la menace, sa valeur diagnostique dans les lésions corticales et occipito-rolandiques des hémisphères cérébraux. — MM. G-G-J. RADEMAKER et RAYMOND GARCIN montrent qu'expérimentalement, chez le chat, l'excision d'un côté du centre cortical de fermeture des paupières abolit le réflexe de clignement à la menace dans le champ visuel temporal du

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

côté opposé, alors que le réflexe cornéen et le réflexe d'éblouissement sont conservés. Tout se passe donc comme s'il existait un parcours occipito-rolandique des voies du réflexe de clignement à la menace qui apparait surtout comme un réflexe cortical. Chez l'homme il en est réellement ainsi, et dans sept observations de lésions corticales rolandiques ou occipito-rolandiques, les auteurs ont noté l'abolition du réflexe de clignement à la menace dans le champ visuel temporal du côté opposé à la lésion, cela *en l'absence de toute hémianopsie* et alors que le réflexe cornéen et le réflexe d'éblouissement étaient conservés. Ces faits ont non seulement un intérêt dans l'étude des voies de conduction des divers réflexes de clignement, mais encore pour le diagnostic neurologique.

Résistance de la toxine tétanique à diverses causes de destruction en présence du sérum et d'albumine d'œuf coagulé. — MM. S. MUTERMILCH, M. BELIN et Mlle SALOMON ont vu le sérum normal et l'albumine d'œuf coagulée exercer une action protectrice remarquable, non seulement vis-à-vis du vieillissement de la toxine à des températures variées (à la glacière, à l'étuve, etc.), mais aussi vis-à-vis de l'action destructrice de diverses substances oxydantes et des acides faibles (CO^2). Leur action est nulle en ce qui concerne les acides et les alcalis forts et les substances réductrices.

Etude du caractère et de la virulence d'un bacille tuberculeux humain isolé du sang par la méthode de Löwenstein. — MM. P. ARMAND-DELILLE et H. GAVOIS ont isolé par culture du sang d'un nourrisson atteint de tuberculose pulmonaire un bacille acido-résistant inoculable en série, poussant en colonies caractéristiques, virulent pour le cobaye qu'il tue en quatre mois avec des lésions de tuberculose généralisée, non virulent pour la poule ni le lapin en injection intraveineuse ; ce bacille présente donc tous les caractères d'un bacille tuberculeux humain de virulence moyenne, et la nature du bacille obtenu ici par la méthode de Löwenstein semble incontestable.

Immunisation rapide de l'intestin isolé vis-à-vis du chlorure et du camphosulfonate d'or. — MM. H. BUSQUET et CH. VISCHNIAC signalent que le camphosulfonate et le chlorure d'or arrêtent les contractions de l'intestion isolé du lapin ; mais que, si on laisse le péristaltisme se rétablir par immersion dans une solution nutritive normale et si on soumet alors une seconde fois l'intestin à l'action du sel d'or, celui-ci ne produit plus l'effet primitif. C'est là un cas caractérisque de tachyphylaxie. Ce phénomène, bien connu chez l'animal entier, où il relève d'un mécanisme humoral, était intéressant à signaler sur un fragment d'organe, où il ne peut s'expliquer que par un mécanisme cellulaire.

La réaction de Meinicke chez les lapins syphilitiques primo-infectés, surinfectés ou inoculés après traitement. — MM. P. GASTINEL, P. PULVENIS et L. GALLERAND montrent la fidélité de la réaction d'opacification de Meinicke chez le lapin et précisent son moment d'apparition, sa durée et son cycle évolutif par rapport à la précocité et à l'intensité des lésions cliniques.

Diagnostic de la pseudo-tuberculose du cobaye par l'intradermo-réaction aux corps microbiens. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL montrent qu'en présence d'une épidémie de pseudo-tuberculose du cobaye, l'intradermo-réaction avec des corps microbiens formolés permet de dépister les malades et de les séparer immédiatement, ce qui arrête la propagation de l'épidémie. La constance des résultats obtenus les conduit à envisager l'application pratique de cette méthode au diagnostic de la pseudo-tuberculose du cobaye : les cobayes infectés par le coccobacille de Malassez et Vignal réagissant vis-à-vis des corps microbiens correspondants, on peut considérer que l'infection pseudo-tuberculeuse leur confère un état allergique comparable dans une certaine mesure à celui des animaux infectés par le virus tuberculeux. La même méthode serait sans doute applicable au diagnostic d'autres infections aiguës ou chroniques, apparentes ou inapparentes.

Sur la résistance des bacilles tuberculeux à l'acide sulfurique suivant l'âge des cultures. — M. WARNERY a constaté que la résistance des bacilles tuberculeux à l'acide sulfurique est d'autant plus prononcée que ces derniers sont plus âgés.

Election. — M. CARIDROIT est élu, par 48 voix, membre de la Société de biologie.

F.-P. MERKLEN.

Séance du 19 novembre 1932.

Sur l'irrégularité de l'atténuation des bacilles tuberculeux par réensemencements précoces. — MM. L. NÈGRE et J. VALTIS montrent que l'atténuation des bacilles tuberculeux virulents par réensemencements précoces est irrégulière. Il semble qu'on a d'autant plus de chance de l'obtenir que les bacilles employés ont été entretenus plus longtemps sur les milieux artificiels.

Sur la toxicité de la tuberculine pour les cobayes inoculés avec des bacilles de virulence diverse, en particulier avec les bacilles des souches R_1 (Trudeau), Th $_{19}$ (Uhlenhuth) et BCG. — M. VANDESTRATE pense que l'on peut distinguer les animaux inoculés avec des bacilles avirulents de ceux inoculés avec des bacilles peu pathogènes ou très virulents d'après l'intensité de l'intoxication tuberculinique ; de même il existe des différences dans l'intensité des réactions du derme à la tuberculine pour les cobayes inoculés avec de fortes dose de bacilles, bien que la durée de la période antéallergique reste sensiblement la même.

Sur la valeur des milieux Sweany et Evanoff pour la culture du bacille de Koch. — M. L. WANG a trouvé ces milieux inférieurs à ceux de Löwenstein et de Petragnini pour la culture du bacille de Koch.

Influence des centres sur l'excitabilité des nerfs moteurs chez les crustacés. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. PAUL CHAUCHARD, étudiant l'excitabilité du nerf moteur chez le crabe (*Portunus puber*), observent que la section des connectifs périœsophagiens, qui relient les ganglions cérébroïdes aux ganglions sous-œsophagiens, augmente la chronaxie de ce nerf. Cette valeur subit une deuxième augmentation quand on sectionne ensuite le nerf moteur. L'excitabilité périphérique est donc subordonnée à l'activité de l'un et de l'autre étage de centres. Toutefois. c'est l'action des ganglions cérébroïdes qui paraît la plus marquée.

F.-P. MERKLEN.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

ADOVERNE ROCHE. — Glucosides cardiotoniques de l'*Adonis vernalis.* — Étalonnage physiologique. — Granules, gouttes.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

ALLONAL « ROCHE ». — Analgésique renforcé, sédatif et progressivement hypnogène. Comprimés.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

CHOLINE ROCHE. — Agent biochimique de la cholestérogenèse. Tous états d'hyposthénie pré-bacillaire. Ampoules de 1 cc., indolore.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^3Zn^3, 0,002 par pilule.

H. Chatelut, pharmacien, 65, rue Louis-Blanc, Paris.

HEMOSTRA ROCHE. — (Tryptophane et Histidine : trav. Prof. Fontès). Traitement biochimique des anémies et déficiences organiques. Ampoules de 5 cc. et 2,5 cc., indolore.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

HOLOVARINE. — Poudre d'ovaire intégral.

Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.

INSULINE. — Insuline française injectable « Endopancrine ». Poudre d'insuline « Phylose » (usage externe).

Laboratoires Deslandre, 48, rue de la Procession, Paris.

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour pour les adultes.

Laboratoire Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IVe).

IODO-THYROIDINE CATILLON. — Tablettes à 0gr,25. — Obésité, goitre, myxœdème.

DOSE. — 2 à 8 tablettes par jour.

3, boulevard Saint-Martin, Paris.

ISACÈNE ROCHE. — Laxatif synthétique nouveau. — Enfants, femmes enceintes, vieillards, malades, etc. — 2 à 6 comprimés et plus.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

ISOTONYL BOURET (Poudre de Lausanne). — Paquets ou Discoïdes. Spécifique des digestions lentes, entérites muco-membraneuses, affections du foie et des voies biliaires.

Pharmacie Chaumel, 87, rue Lafayette, Paris.

KIMOSINE ROGIER. — A base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

MODE D'ACTION. — Rend le lait de vache absolument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

INDICATIONS. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

POSOLOGIE. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.

PANTOPON ROCHE. — *Opium total injectable* utilisé avec succès à la place de l'opium et de toutes les préparations opiacées, de la morphine et de ses dérivés. — *Ampoules, Sirop, Comprimés.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoire Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IVe).

SÉDOBROL ROCHE. — *Extrait de bouillon végétal concentré achloruré et bromuré*, permettant un traitement bromuré intensif et dissimulé. — *Tablettes, Liquide.* Chaque tablette ou mesure = 1 gr. NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SÉDORMID ROCHE. — Le grand médicament des petits insomniques et des petits anxieux. — Comprimés.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SOMNIFÈNE ROCHE. — Le plus maniable des hypnotiques sous forme de *gouttes* (de XX à LX gouttes, permettant de donner à chacun sa dose), et sous forme *d'ampoules* (injections intramusculaires et endoveineuses).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SPASMALGINE ROCHE. — *Antispasmodique vrai* (pantopon, papavérine, éther sulfurique d'atropine). Indiqué dans les spasmes de toute origine. — *Ampoules, Comprimés.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

STROPHANTINE CRISTALLISÉE CATILLON (Granules à 0,0001 de). — Tonique du cœur par excellence.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS *(Suite)*

NOUVELLES

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIIe Session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à Rabat (Maroc) du 5 au 12 avril 1933.

Président : M. le professeur Georges Guillain, de Paris.

Vice-Président : M. le Dr L. Lagriffe, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général permanent : M. le Dr René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire annuel : M. le Dr de Labretoigne du Mazel, médecin-directeur du Centre psychiatrique de Ber-Reehid (Maroc).

Trésorier : M. le Dr Vignaud, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIe session.

PSYCHIATRIE : *Les Encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le Dr L. Marchand, médecin-chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne).

NEUROLOGIE : *Les Ataxies.* — Rapporteur : M. le Dr Raymond Garcin, médecin des hôpitaux de Paris.

MÉDECINE LÉGALE : *Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur : M. le Dr Paul Abely, médecin-chef du service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

N. B. Les inscriptions sont reçues par le Dr Vignaud, trésorier, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation est de 80 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la 37e session inscrits avant le 15 février 1933 recevront les rapports dès leur publication.

Société internationale d'hydrologie médicale. — La S. I. H. M. s'est réunie à Paris ; elle y a tenu, le 16 octobre 1932, la séance du Conseil et l'Assemblée générale à l'occasion du Congrès international du rhumatisme, organisé par la Ligue contre le rhumatisme, filiale de la Société internationale d'hydrologie. Celle-ci ne peut que ressentir une légitime fierté en constatant que son petit-fils le IIIe Congrès international du rhumatisme a pu assembler avec des rapports de première importance quelque 400 participants sous la très éminente présidence du professeur Fernand Bezançon.

Elle a élu pour premier président le professeur baron von Koraniy (de Budapest) et pour président effectif le Dr Ferreyrolles (de La Bourboule). Elle accepte l'invitation d'assister au Congrès international d'hydrologie de Toulouse en octobre 1933 ; elle reprendra son activité scientique à sa prochaine assemblée qui est fixée à janvier ou février 1934 en Suisse ; les questions mises à l'étude sont :

1° La crise thermale étudiée au point de vue de la cli-

LIVRET DE SANTÉ INDIVIDUEL

Modèle du Dr Armand BÉRAUD

1 volume in-12 de 80 pages avec tracés et figures sous pochette : 6 francs.

Cinq Leçons sur le Diabète

Par Ch. ACHARD

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Académie de médecine.

1925. Un volume in-16 de 138 pages avec 30 figures dans le texte.............................. 10 fr.

Dr GIROUX

LES RHUMATISMES AIGUS ET LEUR TRAITEMENT

1923, 1 volume in 16 de 90 pages............... 5 fr.

LES RHUMATISMES CHRONIQUES ET LEUR TRAITEMENT

1924, 1 volume in-16 de 94 pages................. 5 fr.

Dr O. JOSUÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

LA SÉMÉIOLOGIE CARDIAQUE ACTUELLE

3e édition, 1923. 1 volume in-16 : 5 fr.

APERT

La Goutte et son traitement

1912, *2e édition*. 1 volume in-16.............. 3 fr. 50

NOUVELLES (*Suite*)

nique et du laboratoire ; 2° les rapports entre le rhumatisme et l'altitude.

Les membres français du Conseil de la S. I. H. M. (Drs Ferreyrolles, Mazeran, Mougeot et Perpère) ne croient pas sortir de leur rôle en insistant auprès des hydrologues français pour que nombreuses, précises et étoffées soient les études qu'on apportera sur ces deux sujets et notamment à propos de la « crise thermale », sujet qui se prête aussi bien à l'analyse clinique qu'aux épreuves de laboratoire.

La réunion de 1934 comprendra très vraisemblablement des séances aux Universités de Genève et de Zurich, puis la visite des stations de haute altitude : Davos et l'Engadine.

La S. M. H. I. groupe 2 000 membres répartis entre une trentaine de nationalités.

Elle a compté parmi ses présidents : lord Dawson of Penn ; professeur Thayer (de Baltimore) ; Dr Monod (de Vichy) ; professeur Belo Moraes (de Lisbonne) ; professeur sénateur Gabbi (de Parme) ; sans oublier son président Dr Fortescue Fox (de Londres).

Cours de chirurgie d'urgence et de pratique courante. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Dr P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 5 décembre 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Les croisières médicales franco-belges en 1933. — La XVIIe Croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques prochain en Grèce, Adriatique et Italie, à bord du paquebot de luxe *Théophile Gautier*, de la Compagnie des Messageries maritimes.

Le départ s'effectuera de Marseille le samedi 8 avril 1933 et le retour, dans le même port, le 1er mai.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Messine, Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Saint-Jean de Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigné), Raguse, Spalato, Fiume, Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille.

Il y aura, pour les médecins, leurs femmes et leurs enfants mineurs célibataires, des places à partir de : 2 100 francs français en 2e classe ; 3 975 francs français en 1re classe. Des excursions facultatives seront organisées dans les escales.

Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à l'adresse suivante :

XVIIe Croisière médicale franco-belge, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée, actuellement à l'impression, sera envoyée gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

A noter que le nombre des passagers ne sera au maximum que de 190 en première classe et 70 en seconde classe. C'est dire l'intérêt qu'il y a à s'inscrire sans retard.

Pour la croisière du *Champollion* en Méditerranée (1931), plus de 200 places étaient déjà réservées d'une façon ferme un mois après l'annonce du voyage.

Signalons, d'autre part, que, pour l'été 1933, une croisière polaire est décidée : Orcades, Islande, Banquise, Spitzbergen, Laponie, Cap Nord, fjords de Norvège, et peut-être Arkhangel. Ce sera la XVIIIe Croisière médicale franco-belge.

Syndicat des chirurgiens français. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 5 octobre 1932, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Plus de 250 chirurgiens y assistaient.

Après l'allocution du président et le rapport du trésorier, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour s'est poursuivi méthodiquement. Les travaux du Syndicat vont aboutir, semble-t-il, à des réalisations pratiques de la plus haute importance.

Les rapports suivants ont été présentés :

Rapport du secrétaire général.

Projet d'une assurance collective de responsabilité civile professionnelle (rapporteur : Dr Marquis).

La mutualisation des assurances sociales (rapporteurs : Drs Madier, Massart, Delagénière).

Les caisses chirurgicales mutuelles (rapporteur : Dr Delmas).

L'enseignement médical (rapporteurs : Drs Desmarets et Baranger).

L'élection au conseil d'administration et au conseil de famille (durée : trois ans) a donné les résultats suivants :

Conseil d'administration. — *Titulaires.* — MM. les Drs Dambrin (Toulouse), J.-L. Faure (Paris), Bérard (Lyon), Marquis (Rennes), Deniker (Paris), Iselin (Paris) Billet (Lille), Delaunay (Paris), Guillaume (Tours), Guyot (Bordeaux), Lambret (Lille), Leclerc (Dijon), Lemarchal (Laon), Leveuf (Paris), Petit J. (Rouen), Stolz (Strasbourg); Buizard (Paris), Picard (Nord), Rottenstein (Sud), X... (chirurgiens des hôpitaux de Paris), élus par les collèges électoraux régionaux.

Suppléants. — MM. les Drs Baranger (Le Mans), Basset (Paris), Braine (Paris), Chaton (Besançon), Chalier (Lyon), Delmas (Agen), Gouverneur (Paris), Lapeyre (Tours), Lefèbre (Toulouse), Madier (Paris), Massart (Paris), Métivet (Paris), Papin (Bordeaux), Piollet (Clermont-Ferrand), Pouliquen (Brest), Simon (Strasbourg), Planson (Paris), X... (Nord), Le Jemtel (Sud), X... (chirurgiens des hôpitaux de Paris), élus par les collèges électoraux régionaux.

Conseil de famille. — *Titulaires.* — MM. les Drs Bailleul (Paris), Bréchot (Paris), Chastenet de Géry (Paris), Gosset (Paris), Jeanbrau (Montpellier), Le Fort (Lille).

Suppléants. — MM. les Drs Chifoliau (Paris), De Martel (Paris), Jayle (Paris), Laurence (Paris), Legrand (Rouen), Leuret (Paris).

Après chaque rapport, les importantes résolutions suivantes ont été votées :

I. **Assurance collective.** — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français tenue le 5 octobre 1932 charge son bureau d'engager des pourparlers en vue de contracter une assurance collective de responsabilité civile professionnelle.

II. **Caisses chirurgicales mutuelles.** — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français réunie

NOUVELLES *(Suite)*

le 5 octobre 1932, constatant que l'assuré social est actuellement contraint, en raison du faible taux de remboursement des actes chirurgicaux, de se faire traiter à l'hôpital ;

Considérant que les cliniques mutualistes et les établissements de soins que les caisses menacent d'édifier ne peuvent fonctionner qu'au prix de gros inconvénients, aussi bien pour les malades que pour les chirurgiens ;

Considérant au contraire les résultats déjà obtenus par l'initiative de certains de ses membres en matière de caisses chirurgicales mutuelles,

Charge son conseil d'étudier la réalisation pratique des caisses chirurgicales mutuelles.

III. **Assurances sociales.** — Le Syndicat des chirurgiens français, réuni en assemblée générale, désireux de contribuer au mieux-être de l'assuré, ne pourra accorder aux organisations mutualistes la collaboration de ses membres (au cas où la Mutualité prendrait en charge les assurances sociales) qu'autant que seront insérés dans la loi nouvelle :

1° Le respect du secret professionnel ;

2° Le libre choix du chirurgien par le malade ;

3° L'entente directe.

IV. **Taux de responsabilité.** — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, réunie le 5 octobre 1932, décide d'adopter, lorsque la chose sera possible, une valeur de K égale à 20 pour le tarif applicable aux assurés sociaux, quand sera effectué le relèvement à K 15 du taux de responsabilité des caisses, en ce qui concerne les actes chirurgicaux qui ne sauraient être ni abusifs, ni répétés.

V. **Certificat de chirurgie.** — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, réunie le 5 octobre 1932, adopte les conclusions de ses rapporteurs sur la réforme des études médicales ;

Demande la création du certificat de chirurgie, consécration d'études complémentaires de chirurgie ;

Confie à la Commission de l'enseignement l'étude du projet de création du certificat de chirurgie par le Syndicat des chirurgiens.

A l'issue de l'assemblée générale, le conseil d'administration a élu le bureau :

Président : Professeur J.-L. FAURE.

Vice-présidents : Drs DELAUNAY, LAMBRET.

Secrétaire général : Dr MARQUIS.

Secrétaire général adjoint : Dr DENIKER.

Trésorier : Dr ISELIN.

Clinique médicale (hôpital de la Pitié). — M. Marcel LABBÉ a commencé ses leçons de clinique médicale le mardi 22 novembre 1932, à 10 h. 30 du matin, à l'Amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, et les continue les mardis suivants, à la même heure.

Visite des salles et présentation de malades par le professeur M. Labbé, tous les jours, de 10 h. 30 à 11 h. 30.

Visite dans les salles par M. Boulin, médecin des hôpitaux, tous les jours, de 9 h. 30 à 10 h. 30.

Leçons de séméiologie appliquée par MM. Gilbert Dreyfus et Desoille, chefs de clinique, par MM. Escalier, Azerad et Justin Besançon, anciens chefs de clinique, par M. Nepveux, chef de laboratoire, tous les jours, de 9 heures à 10 heures.

Consultations spéciales pour les maladies de la digestion et de la nutrition, pour le rhumatisme et pour les maladies des glandes endocrines, par le professeur M. Labbé, par MM. Carrié, médecin des hôpitaux, Bith, Azerad et Justin Besançon, anciens chefs de clinique à la Faculté, les lundi, mercredi, jeudi et vendredi à 10 heures.

Cours de perfectionnement de gynécologie (professeur : M. J.-L. Faure). — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques ; Mme Stuhl et M. Saint-Pierre, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécoloigque de l'hôpital Broca, du 5 décembre au 17 décembre 1932.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examen de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 17 décembre.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Laboratoire de bactériologie. — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel, agrégé, avec le concours de MM. Adida, Gallerand et Névot, assistants, aura lieu, pendant l'année scolaire 1932-1933, une série de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elle commencera le jeudi 5 janvier 1933, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie, et continuera les samedis, lundis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAMME DES DÉMONSTRATIONS. — *Technique de microbologie appliquée au diagnostic des maladies infectieuses.* — Techniques générales : Maniement du miscroscope. Examen microscopique des microbes. Colorations. Stérilisation. Préparation des milieux de culture. Milieux diagnostiques, milieux spéciaux. Technique de la filtration. Etuves. Ensemencements et technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. Inoculations aux animaux.

Examen cytologique et bactériologique du pus : les microbes pyogènes : staphylocoque, streptocoque, tétragène, bacille pyocyanique, etc. Préparation d'un autovaccin. Pus tuberculeux et mycosique. Diagnostic bactériologique des conjonctivites : bacilles de Koch-Weeks et de Morax, etc.

Examen bactériologique du mucus nasal : Recherche du bacille de Hansen : diagnostic de la lèpre. Bacille morveux : diagnostic de la morve.

Examen bactériologique des angines et des stomatites. Bacille diphtérique : diagnostic de la diphtérie, recherche des porteurs de germes diphtériques. Symbiose fusospurillaire. Muguet, etc.

Examen cytologique et bactériologique des crachats. Bacille de Koch : diagnostic de la tuberculeuse pulmo-

NOUVELLES *(Suite)*

naire. Pneumocoques. Coccobacille de Pfeiffer. Bactérium pneumosiutes. Bacille de Bordet et Gengou : diagnostic de la coqueluche. Diagnostic des suppurations et des mycoses pulmonaires, etc.

Analyse bactériologique du sang. Hémoculture. Inoculation. Diagnostic des septicémies. Séro-agglutination. Baciles d'Eberth et bacilles paratyphiques : diagnostic des états typhoïdes. *Bacterium melitense, Bacterium abortum*, diagnostic des brucelloses. Recherche du bacille de Koch : méthode de Lœwenstein. Diagnostic des fièvres exanthématiques. Diagnostic de la peste.

Examen direct du sang : paludisme. Fièvre récurrente, etc.

Examen cytologique et bactériologique des épanchements séro-fibrineux. Recherche du bacille de Koch.

Examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. Diagnostic des méningites. Méningocoque : diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, recherche des porteurs de germes. Recherche du bacille de Koch.

Examen bactériologique et parasitologique des matières fécales. Flore intestinale normale : colibacille, protéus, microbes anaérobies, etc. Examen des selles des nourrissons. Vibrion cholérique : diagnostic du choléra Bacilles dysentériques, amibe dysentérique, diagnostic des dysentéries. Recherches des porteurs d'amibes et de kystes d'amibes. Recherche des porteurs de germes typhiques. Recherche du bacille de Koch.

Examen cytologique et bactériologique des urines. Recherche du colibacille, du bacille de Koch, etc.

Les spirochètes : Diagnostic de la spirochétose ictérohémorragique. Sodoku, etc.

Examen bactériologique des exsudats des plaies. Bacille de Nicolaïer : diagnostic du tétanos.

Bactériologie des infections putrides et gangreneuses. Bactériologie de la gangrène gazeuse. *Bacillus perfringens. Bacillus histolyticus*. Vibrion septique, etc.

Examen cytologique et bactériologique des écoulements urétraux et vaginaux : diagnostic des maladies vénériennes. Gonocoque. Bacille de Ducrey. Maladie de Nicolas-Favre. Tréponème : diagnostic bactériologique de la syphilis.

Sérologie. Réactions de fixation du complément. Réactions de floculation. Benjoin colloïdal. Diagnostic sérologique de la syphilis, de la tuberculose, etc.

Dermatoses microbiennes et parasitaires : examen de squames, croûtes, cheveux, poils. Pustule maligne : diagnostic du charbon.

Les virus invisibles. Le bactériophage de d'Hérelle. Analyse bactériologique des eaux potables.

Diagnostic des intoxications et des infections d'origine alimentaire. Analyse bactériologique des substances alimentaires : bacille du botulisme, protéus, salmonelloses, brucelloses, etc.

Les droits, pour cette série de travaux pratiques, sont de 400 francs.

Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale. — C'est à Toulouse qu'aura lieu en octobre 1933, le XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale.

Ces assises scientifiques internationales du thermalisme qui, depuis 1886, se tiennent tous les trois ans, ont eu leurs dernières réunions à Bruxelles en 1924, à Lyon en 1927, à Lisbonne en 1930, ont toujours été marquées par un très vif succès, et ont toujours réuni un nombre important de congressistes français et étrangers.

Le bureau permanent de ces Congrès internationaux, sous la présidence de M. Ray Duran-Fardel (de Vichy), et le secrétariat de M. Flurin (de Cauterets), assure la liaison avec les diverses nations participantes.

Le bureau du XIVe Congrès international de Toulouse est ainsi constitué : *Présidents* : M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, membre de l'Institut, lauréat du prix Nobel ; M. le professeur Abelous, doyen de la Faculté de médecine. *Secrétaires généraux* : MM. les professeurs Serr et Moog. *Secrétaires généraux adjoints* : MM. le Drs Francon (d'Aix-les-Bains) et Cazal Gamelsy (de Luchon).

Nous souhaitons au futur Congrès de Toulouse le succès qui a accompagné ses frères aînés : il contribuera à faire connaître les ressources thérapeutiques infinies « du plus beau royaume sous le ciel ».

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier — La réunion hydrologique et climatologique de Mont eellier tiendra au mois de mars 1933 sa session annuelle Elle sera consacrée à la climatothérapie d'altitude et de semi-altitude chez les enfants.

Quatre rapports seront présentés :

1. M. le professeur LEENHARDT, de Montpellier : La cure préventoriale d'altitude et de semi-altitude chez les enfants non tuberculeux.

2. M. le Dr GARDETTE, de Paris : Les stations d'altitude et de semi-altitude chez les enfants non tuberculeux.

3. M. le professeur GAUSSEL, de Montpellier : La cure d'altitude et de semi-altitude chez les enfants tuberculeux.

4. M. le Dr TOBÉ de Passy : Les stations d'altitude et de semi-altitude pour enfants tuberculeux.

Le bureau de la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier sera heureux d'enregistrer toutes les communications d'ordre scientifique qui lui seront envoyées par des médecins, membres ou non de la Réunion, sur les sujets mis à l'ordre du jour. Aucune communication étrangère à ces sujets ne sera faite au cours de la session de mars 1933.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 30 *Novembre*. — M. Albert ZANA, L'hormone parathyroïdienne en thérapeutique gastrique. — M. MILLIAU, Les scarlatines frustes et leur diagnostic. — M. LUTROT, Les maladies sociales aux Antilles françaises. — M. CHAHED LAROUSSI, Contribution à l'étude de l'ankylostomiase en Tunisie.

3 *Décembre*. — M. MOISNARD. Ovariotomoe bilatérale au début de la grossesse.

NOUVELLES *(Suite)*

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

3 DÉCEMBRE. — *Lyon*. Bal de l'Association générale de l'internat des hôpitaux de Lyon.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Troubles psychiques du type hébréphrénique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe.

4 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr ABRAMI : Mécanisme de la crise d'asthme.

5 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants assistés à 11 heures. M. le Dr BOHN : Les anémies du nourrisson.

5 et 6 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, midi à 15 heures. Consignations pour la session de réparation de février.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique propédeutique. Hôpital de la Charité, 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants assistés, 14 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Les hypotrophies du nourrisson et leur traitement.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeu LEMAIRE : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique des maladies infectieuses, 10 h. 30. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Beaujon, 10 h. 30. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants assistés, 10 heures. M. le Dr VANIER : Les farines et les aliments autres que le lait.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe, Société végétarienne, 20 h. 30. M. J. MORAND : Savez-vous la vérité définitive sur l'alimentation humaine? — M. KNAP : La chair des animaux, état second de la matière.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hygiène prénatale.

8 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 21 heures. M. le Dr LUTEMBACHER : Alternance. Fibrillation.

8 DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice* (Seine). — Concours de l'internat en médecine de l'asile national de convalescents de Saint-Maurice.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30 : M. le professeu BEZANÇON : Psoriasis et rhumatisme.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Baudeloque, 11 h. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 heures, M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique des maladies nerveuses. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique gynécologique. Hôpital Broca, 10 heures. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai des candidatures aux places vacantes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique, 10 heures. M. le Dr LESNÉ : Le diabète sucré chez l'enfant.

11 DÉCEMBRE. — *Limoges*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie de l'Ecole de médecine de Limoges.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Obsessions. Perversions.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30 M. le professeur CLAUDE : Troubles spychiques du type schizophrénique.

12 DÉCEMBRE. — *Lyon*. Concours de chef des travaux pour le 7e enseignement médecine à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

12 DÉCEMBRE. — *Marseille*. Hôtel-Dieu. Concours d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux de Marseille.

13 DÉCEMBRE. — *Paris*. Académie de médecine. Concours Vulfranc-Gerdy.

14 DÉCEMBRE. — *Le Puy*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux du Puy.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr TARGOWLA : Etiologie générale et dépistage des anomalies.

16 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : La médication salicylée.

16 DÉCEMBRE. — *Melun*. Hôpital. Concours de l'internat en médecine de l'hôpital de Melun.

18 DÉCEMBRE. — *Bruxelles*. Séance annuelle du groupement belge d'études oto-neuro-oculistiques.

18 DÉCEMBRE. — *Angers*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Angers.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Les dissociations schizotiques du type hystérique et psychasthénique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hallucinations.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre des hôpitaux, 49, rue des Saints-Pères, 10 heures. M. le Dr RAMADIER : Traitement du vertige.

18 DÉCEMBRE. — *Caen*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Caen.

18 DÉCEMBRE. — *Paris*. Salle Gaveau, 8 h. 45. Soirée musicale pour les orphelins de la médecine.

22 DÉCEMBRE. — *Paris*. Mairie du VIe arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. M. le Dr JULES GRAND : Bébés martyrs ; M. le Dr LEGRAIN : A travers la pensée de l'Extrême-Orient.

22 DÉCEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine, 17 heures. Hygiène mentale, M. le Dr CEILLIER : Convulsions et épilepsie.

23 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Thérapeutique du rhumatisme chronique.

31 DÉCEMBRE. — *Paris*. Société des chirurgiens de Paris (Dr CH. BUIZARD, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 DÉCEMBRE. — *Turin*. Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

7 JANVIER. — *Villes d'Académies*. Académies. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du second degré.

CHRONIQUE DES LIVRES

Psychologie politique, par M. le professeur MERKLEN, de Strasbourg.

Si la psychologie politique a pu tenter le crayon d'artistes comme DAUMIER, comme FORAIN, elle intéresse et passionne également, à un non moins juste titre, les médecins. La politique n'est-elle pas, après tout l'expression de l'homme avec ses passions, leur grandeur et leurs misères, composant par cela même un des plus importants chapitres de sa psychologie ? Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir s'y intéresser un maître comme M. le professeur P. MERKLEN, l'actuel doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, qui eut, avec le regretté professeur WEISS, son prédécesseur dans le Décanat, ce beau geste tout à la fois patriotique et filial, renonçant aux honneurs de Paris, de leur préférer ceux retrouvés dans la vieille province ancestrale, dans la petite patrie, doublement chère, puisque redevenue française. Ce livre est, par excellence, d'un maître de la belle clinique de chez nous, qui en a appliqué les procédés et la claire vision moins aux faits, ce qui aurait pu passer pour de la passion, qu'au moral, au psychisme des politiciens. C'est, peut-on dire, la leçon faite au lit même du malade.

Faire de la psychologie politique n'est, encore une fois, nullement faire de la politique; il y a une nuance; c'est simplement la juger, s'essayer à l'expliquer. Ainsi, dans une vingtaine de chapitres, il passe tout à la fois en revue ses dogmes, ses manifestations diverses, en même temps que ses porte-paroles, ses leaders marquants. En bon fils d'Hippocrate il émet, pour le surplus, des aphorismes sociaux et moraux relativement à la nécessité de la valeur individuelle, à celle d'une organisation raisonnée et forte ; voire même il formule jusqu'à des paradoxes, qui ne sont le plus souvent, comme chacun sait, que des vérités en puissance. Entre temps, il nous fait une clinique psychiatrique sur Marat, Louis XIII Dreyfus, le général Boulanger, qu'il clôt par cette affirmation : que l'homme évolue au milieu de ses instincts de race.

Livre débordant de vie, de logique, de générosité. Consultation donnée à la race, au pays, par un psychologue averti, par un savant, par un bon Français, enfin et surtout par un homme au grand cœur. Or, comme l'a dit CHATEAUBRIAND, si on sent l'homme d'esprit à certains mots, on reconnaît l'homme de cœur à certains actes.

PAUL RABIER.

Éléments de chirurgie, par LECERCLE, professeur à la Faculté de médecine de Damas, membre correspondant national de la Société nationale de chirurgie de Paris. Un volume de 812 pages, 1932, 100 francs (*Masson et Cie, éditeurs, à Paris.*

Sous ce titre modeste, le professeur Lecercle, qui représente brillamment à Damas la chirurgie française, a écrit un livre fort intéressant qui condense les leçons faites à ses élèves syriens.

Il ne faut pas chercher dans cet ouvrage une érudition abondante qui n'y serait pas de mise et que l'auteur a bien fait d'écarter de parti pris. C'est un « recueil de notions fondamentales » que tout étudiant en médecine doit consulter au retour de son service d'hôpital; il y trouvera une façon agréable d'être initié aux opérations que fait son chef, d'être préparé à l'appréciation des signes cliniques qui permettent un diagnostic, de suivre l'évolution d'une maladie chirurgicale.

Avec un pareil livre comme guide, l'étudiant ne risque point de se perdre dans les détails, il est aiguillé d'emblée dans la bonne voie; il aperçoit d'un coup d'œil sûr le but à atteindre. C'est un service énorme que peuvent seuls lui rendre les chirurgiens rompus à la pratique qui, comme M. Lecercle, ont la patience de se mettre à la portée des jeunes.

Mais il n'y a pas que les jeunes qui auront avantage à lire l'ouvrage de M. Lecercle. Bien des « anciens » seront heureux de le consulter soit pour rafraîchir des souvenirs un peu lointains, soit pour se « tenir à la page », ce qui n'est pas toujours facile à notre époque de transformations incessantes de la doctrine et de la pratique chirurgicales.

Luxueusement édité, clairement écrit, avec de nombreuses figures très démonstratives, le livre de M. Lecercle est appelé au succès.

ALBERT MOUCHET.

Dermatologie, par A. SÉZARY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume de 238 pages, avec 84 figures (*Collection des Initiations médicales*) : 30 francs (*Masson et Cie, édit., Paris*).

Dans la collection des Initiations médicales où M. Sézary avait déjà fait paraître un excellent petit volume sur le traitement de la syphilis, il publie aujourd'hui un ouvrage clair et précis destiné à faciliter à l'étudiant l'étude de la dermatologie qui, si souvent, le désoriente complètement.

M. Sézary, en une série de courts chapitres, abondamment illustrés, expose les principes de l'examen dermatologique, tels qu'on doit les posséder pour pouvoir rapidement analyser et identifier les lésions cutanées. Sans faire une description des diverses affections de la peau, à laquelle ce petit ouvrage ne pourrait suffire, il indique les méthodes de diagnostic et les éléments de la psologie dermatologique.

Mais il ne suffit pas de donner un nom aux lésions cutanées. M. Sézary rappelle justement que le diagnostic n'est complet que si l'on découvre la cause de ces dernières lésions en se servant des méthodes de la clinique

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

générale et des examens de laboratoire. Rapidement il montre l'importance de ces examens en dermatologie. Les étudiants qui lisent ce petit livre y puisent d'excellentes règles de conduite. Il faut souhaiter que beaucoup comprennent l'utilité qu'il y a à s'initier ainsi, grâce à un maître qui sait penser et parler clair, à ce que l'on est appelé à voir à l'hôpital et en ville. Bien des erreurs d'observation bien des lenteurs de compréhension sont ainsi évitées. Cette introduction à l'étude de la dermatologie doit rendre à l'étudiant et au praticien de vrais services.

P. LEREBOULLET.

Précis de clinique sémiologique, par G. LYON. 1 vol. in-8 de 860 pages, 50 francs (*Masson, éditeur, Paris,* 1932).

Les connaissances théoriques, acquises dans les traités de pathologie, d'ailleurs indispensables à qui veut aborder la clinique, ne sont d'un secours suffisant que si l'on connaît la méthode à suivre pour les utiliser. C'est précisément le but de ce livre, dont une deuxième édition reparaît aujourd'hui.

L'auteur y a transposé les enseignements journaliers de la clinique au lit du malade ; il procède à l'interrogatoire, à l'examen, adoptant pour ce dernier l'ordre topographique, montrant comment le malade doit être exploré des pieds à la tête, en indiquant au fur et à mesure les indications essentielles que l'on peut tirer de cet examen méthodique des différentes régions du corps.

En un mot, ce livre est un *Petit Précis de médecine* plus concret que bien des manuels classiques, plus direct, qui donne de l'acte médical à la fois et dans le même exposé tous ses aspects. La sémiologie, la pathologie générale, la thérapeutique, la technique y sont intimement unies, et leur lien, c'est la clinique. Ce livre est divisé en six parties ; l'interrogatoire, l'examen, les recherches de laboratoire, l'exploration des différents appareils et sémiologie, le pronostic, les applications thérapeutiques.

Cette deuxième édition est au courant des nouveautés scientifiques, notamment en ce qui concerne les examens de laboratoire.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LES DÉBUTS DE L'HYPERTENSION
L'HYPERTENSION MOYENNE SOLITAIRE

Si nous connaissons bien l'hypertension à l'état de maladie constituée, nous ignorons tout de son début et, comme l'ont montré Vaquez puis Dumas, il nous était, jusqu'ici, impossible de savoir comment et quand cette maladie débutait. Sa longue évolution faisait prévoir qu'elle devait commencer d'une manière très lente et insidieuse ; actuellement, les travaux de Vaquez et de ses élèves sur la *pression moyenne* nous apportent des données qui deviendront de plus en plus précises sur ce stade initial et nous renseigneront sur la valeur fonctionnelle du cœur alors que les signes cliniques de la modification du régime circulatoire ne sont encore que très peu marqués.

Les modifications sur la pression moyenne entraînent nécessairement un trouble profond du régime circulatoire, même si les pressions extrêmes sont normales, et à côté des hypertensions aiguës, paroxystiques ou permanentes doit maintenant prendre place l'*hypertension moyenne solitaire.*

Dans bien des cas, des céphalées rebelles, une dyspnée d'effort, une légère dilatation de l'aorte aux rayons X, une augmentation du volume du cœur sont inexpliquées et sont sous la dépendance d'une hypertension moyenne solitaire que l'on constate nettement si on la recherche. De même, certains troubles cardiaques mal caractérisés : palpitations, extrasystoles, tachycardies passagères, considérés souvent comme sans gravité, alors qu'ils peuvent être le prélude d'accidents plus sérieux, sont souvent contemporains d'une élévation de la pression moyenne, dans un premier stade où les pressions extrêmes restent normales, celles-ci ne devant s'élever que beaucoup plus tard pour se transformer en *hypertension permanente.*

Les observations cliniques et les recherches anatomo-pathologiques montrent de plus en plus que cette dernière se constitue par l'intervention de plusieurs facteurs intriqués : rénal, endocrinien, digestif, agissant sur un terrain déjà prédisposé (M. Perrin et G. Richard, *L'hypertension artérielle*, Paris, 1930) et il est pour le médecin traitant de la plus haute importance de connaître la tendance évolutive d'un trouble passager présenté par un malade.

Il y a déjà longtemps qu'Huchard a dit : « L'artériosclérose commence par une intoxication continue et finit par l'intoxication » et que, pour L. Robin, tout hypertendu est un insuffisant rénal et souvent un hépatique qu'il faut surveiller. Doumer, au Congrès de l'arthritisme à Vittel, indiquait que dans la plupart des cas on pouvait déceler des troubles de nutrition et de métabolisme alimentaire et qu'on pouvait éviter ou retarder l'apparition de ces troubles en surveillant de bonne heure le régime de ceux qui sont prédisposés par hérédité arthritique et, tout au moins, les amender dès que l'on constate les premiers phénomènes.

Il est évident que la restriction alimentaire, les pratiques d'hygiène raisonnée, l'exercice dosé, le repos intellectuel, l'hydrothérapie, doivent jouer le premier rôle, mais il faut en même temps s'efforcer de régulariser et de diminuer le travail du cœur, faire cesser les spasmes artériels et la vaso-constriction périphérique et améliorer les éliminations.

L'emploi de la Guipsine répond entièrement à cette triple indication thérapeutique. A la suite de son administration, à la dose de 6 à 8 pilules par jour, pendant plusieurs semaines consécutives, on constate une amélioration des divers symptômes constatés antérieurement ; il y a, en outre, une augmentation de la diurèse et de l'élimination azotée et chlorurée, l'hyperexcitabilité du système nerveux central est diminuée, les malades dorment mieux, ce qui est caractéristique ; le travail du cœur est amélioré et régularisé et la pression moyenne s'abaisse. Le gui, pour les hypertendus, est un véritable médicament d'entretien, sans accoutumance accumulation.

REVUE DES CONGRÈS

XIVe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 7 octobre 1932 (1).

Le vendredi 7 octobre s'est ouverte cette réunion, sous la présidence de M. le professeur Frœlich (de Nancy). L'assistance était fort nombreuse et le sera encore plus l'an prochain, étant donné le nombre imposant de membres nouveaux élus dans cette séance, et dont voici la liste :

Membres français : MM. LEVEUF (Paris), BOPPE (Paris), COUREAUD (Marine), René GOURDON (Ker-Pape), MAGNANI D'INTIGNANO (Dijon), PETRIGNANI (La Rochelle), Michel SALMON (Marseille), MASSI (Bordeaux), Ch. Rémy MARTIN (Angers), AZÉMA (Paris), P. BRISARD (Paris), FOREST DE FAYE (Berck), DUMINIL (Cambrai), STROHL (Paris), LE BOURGO (Marine).

Membres étrangers : ISERBYT (Courtrai), Henri BONET (Liége), Mato SANCEVI (Zagreb), A. BAILLEUX (Coq-sur-Mer), Pierre GLORIEUX (Bruges), Autonio MEZZARI (Trieste), Lite BLANCO (Pampelune), José ELOSEGUI (San Sebastien), MOL (Haarlem), Paul ROGER (Québec).

PREMIÈRE QUESTION

Traitement chirurgical des scolioses.

Rapporteur : M. Marcel FÈVRE (de Paris).

Résumé du rapport. — **Historique.** — Le premier essai du traitement chirurgical de la scoliose remonte à Chipault (1909), qui par ses ligatures vertébrales tente d'obtenir une polyankylose vertébrale.

La réalisation de celle-ci est obtenue en 1913 par les méthodes de Hibbs et Albee.

Dès cette même année, Kidner et Galloway l'appliquent à des scolioses paralytiques.

Dès lors, l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose se développe rapidement aux Etats-Unis avec Farbes, Hibbs, Kleinberg, Ar. Whitman, Obert et Ghormley, Moffet, Le Roy-Lowman, Steele. En 1931, Hibbs peut publier les résultats éloignés de 360 opérations pour scoliose. En France, les premières opérations sont exécutées par Leclerc et Lance (1919). Les observations de Guillot sont relatées dans les thèses de Gauchet (1927), Moreau (1929). Lance publie ses résultats au Congrès de chirurgie de 1929, à la Société belge d'orthopédie (22 mars 1930), où une discussion avait été engagée sur ce sujet. La thèse de Robert Bureau (1930) et un article de Marcel Ferre et Robert Bureau (*J. de chir.*, 1930) donnent la technique et les résultats du professeur Ombrédanne et de ses élèves.

A partir de ce moment, l'emploi de l'ostéosynthèse dans la scoliose pénètre dans tous les pays.

Interventions d'ordre secondaire. — Pour être complet, le rapporteur a cru devoir rapporter brièvement les tentatives chirurgicales autres que l'ostéosynthèse dans le traitement de la scoliose. Les *myotomies* de J. Guérin, dont les indications sont très rares ; les *résections costales* ont été surtout pratiquées sur la gibbosité (Hoffa-Gaudier), permettant ainsi, dans certains cas, la suppression des escarres du corset, et plus rarement du *côté concave* ou *bilatérales* (Ryerson, Sauerbruch), pour mobiliser plus facilement le rachis.

Les résections costales ne sont plus employées qu'exceptionnellement (escarres récidivantes, compression nerveuse, etc.).

Ostéosynthèse dans la scoliose. — A. INDICATIONS PARTICULIÈRES. — 1° *Scoliose paralytique.* — Il s'agit ici de la statique vertébrale. C'est la grande indication de l'ostéosynthèse dans la scoliose. C'est à des scolioses paralytiques que s'adressent les premières opérations : celle de Kidner, de Galloway, les 59 premières de Hibbs, les premières de Lance. Les résultats ont répondu aux espérances. « A l'heure actuelle, en effet, des centaines d'opérations pour scoliose paralytique ont été exécutées : 160 par Hibbs et ses assistants (en 1931), 31 par Kleinberg et A. Whitman (en 1923), 9 par Lance, 3 par le professeur Ombrédanne, 3 par Galloway et Kidner, 2 par Mathis, 3 par Huc. »

L'opération ankylosante semble maintenant une arme adoptée contre les scolioses paralytiques graves. A quel moment la pratiquer ? Il faut attendre que la période de récupération soit terminée ; les auteurs admettent dix-huit mois à deux ans.

D'après les 12 observations que le rapporteur a étudiées (3 du professeur Ombrédanne, 9 de Lance), trois raisons différentes ont fait décider l'opération. Dans trois cas, il s'agissait de sujets incapables de supporter un appareillage efficace (indication opératoire de nécessité) ; 6 autres malades continuaient à se déformer dans le corset (indication opératoire de nécessité) ; enfin, 3 malades avaient le choix entre le tuteur externe perpétuel ou l'intervention (indication opératoire d'utilité).

2° *Scolioses congénitales.* — Les indications sont ici rares. Cependant l'intervention est indiquée dans les déviations impossibles à maintenir efficacement, comme les formes cervico-dorsales.

3° *Scolioses rachitiques.* — On est intervenu à l'adolescence seulement dans quelques cas de scoliose rachitique anciens et graves.

4° *Scolioses essentielles.* — Le rapporteur en étudie quatre catégories :

a. *Scolioses d'intensité moyenne, équilibrées et se fixant.* Ici, le traitement chirurgical ne présente aucune indication.

b. *Formes graves progressant malgré le traitement orthopédique.* L'aggravation de la déformation constitue ici une indication de la greffe osseuse. Elle fut la cause déterminante de 12 opérations du professeur Ombrédanne et 5 de Lance.

c. *Formes à rechutes de l'adolescence ne se fixant pas.* Ces scolioses, trop souples, se présentent sous deux formes cliniques : les « décharnées » et les « grosses filles molles » (Lance et Huc). Après de nombreuses tentatives de traitement orthopédique, avec traitement des insuffisances glandulaires, l'ostéosynthèse peut être indiquée. Tel était le cas de 5 des opérés observés par le rapporteur.

d. *Gros gibbeux se tassant.* Le gibbeux se tassant latéralement ou dans le sens antéro-postérieur. Leur fixation peut devenir indispensable, soit à cause de la progression constante de la difformité (3 cas de Lance), soit parce qu'ils deviennent inappareillables (2 cas de

(1) Association de la Presse médicale française.

Lance). Mais, chez ces malades, la gravité de l'état général peut constituer une contre-indication formelle à l'opération.

e. *Scoliose de l'adulte. Scolioses douloureuses.* — La scoliose de l'adulte obéit moins bien aux moyens orthopédiques que celle de l'enfant et l'adolescent. De plus, elle a tendance à devenir douloureuse par tassement rachidien. De nombreuses scolioses de l'adulte ont été opérées : Hibbs, 18 adultes sur 360 cas ; 4 cas de J.-C. Bloch et, parmi les observations du rapporteur : 1 du professeur Ombrédanne, 8 de Lance, 6 de Hue. Il y a intérêt à opérer précocement, entre vingt et trente ans.

5° *Scolioses associées à un mal de Pott.* — Il s'agit soit de mal de Pott en évolution avec déviation scoliotique (Sorrel), soit de scolioses se greffant sur un mal de Pott guéri (Lance, professeur Ombrédanne). L'ostéosynthèse s'applique à ces cas.

6° *Scolioses associées à une tuberculose pulmonaire.* — S'il s'agit d'une tuberculose évolutive, l'opération est contre-indiquée ; elle peut devenir utile (abcès), si les lésions bacillaires paraissent éteintes.

7° *Cas particuliers. — Scolioses post-pleurétiques.* Deux cas ont été opérés par Hibbs, un par le professeur Ombrédanne.

Déficience de l'état mental. Impossibilité de faire de la gymnastique. Un cas Lance.

Myopathie. Un cas Hue.

Scoliose traumatique. Un cas Hue.

B. Indications générales. — « Il y a deux façons d'envisager l'opération ankylosante de la colonne vertébrale, suivant qu'on la considère comme une opération nécessitée par l'échec des traitements orthopédiques, ou comme une méthode applicable précocement aux scolioses qui semblent graves. » L'opération est indiquée en cas d'échec du traitement orthopédique, semble la formule adoptée en France. Aux Etats-Unis, on tend à intervenir précocement (Hibbs, Albee) pour prévenir l'augmentation de la déformation, avant que les déformations soient importantes et irréductibles. On doit envisager que les scolioses graves non opérées ont une mortalité importante. Sur 660 scoliotiques, Kleinberg a trouvé que 2,5 p. 100 seulement dépassent quarante ans, tous les autres meurent avant. Les partisans de l'opération précoce cherchent à éviter cet avenir si sombre.

C. Indications opératoires d'après l'age. — L'opération ankylosante est-elle applicable chez l'enfant ? Elle est réalisable au point de vue anatomique (Richard). Mais que devient la fusion avec la croissance et quelle action a-t-elle sur les courbures ? L'examen des opérés montre que l'opération ankylosante n'entrave pas la croissance du rachis. Pratiquement, on n'a guère à la pratiquer avant dix ou douze ans, sauf pour les cas exceptionnels et pour des scolioses paralytiques.

D. Indications sociales de l'opération ankylosante. — Le traitement orthopédique de la scoliose demande des années et peut devenir inapplicable, soit par la nécessité de travailler, soit par le désir de se marier et de fonder une famille. Enfin, certains malades souffrent beaucoup moralement de l'infériorité où les place l'appareillage. Autant d'arguments en faveur de l'opération.

Résultats de l'opération ankylosante du rachis. — 1° Mortalité opératoire. — Cette mortalité existe mais est très faible (1,1 p. 100 Kleinberg, 1,9 Hibbs, 3,03 sur les 90 cas de la statistique du rapporteur). La grande cause est le shock opératoire : opérations trop étendues en une seule séance, préparation insuffisante, ébranlement médullaire et hémorragie. Toutes ces conditions ont été en s'améliorant avec la technique. Aussi la mortalité disparaît au fur et à mesure que l'expérience du chirurgien s'accroît.

2° Effets de l'intervention sur l'état général du scoliotique. — L'amélioration est nette : augmentation de la résistance à la fatigue, de la capacité respiratoire, diminution de la tachycardie. Au total, prolongation de la vie par arrêt de la progression des déformations.

3° Résultats anatomiques et biologiques de l'ostéosynthèse. — La solidarisation des vertèbres par le greffon est absolue (examen histologique de pièce lors d'une réintervention) (Whitman, Lance). Robert Bureau a montré ce blocage du rachis par la greffe : le bassin fixé, on prend des épreuves en inflexion maxima droite, gauche, en avant, en arrière ; en superposant les calques on se rend compte que la forme de la région greffée ne bouge pas ; les mouvements se passent au-dessus ou au-dessous. Quant au rôle biologique joué par le greffon, il est très discuté.

4° Résultats cliniques de l'opération ankylosante. — a. *Intervention et déformation vertébrale.* — L'arrêt de la déformation est obtenu dans 70 à 90 p. 100 des cas selon les statistiques. La rapporteur a pu revoir à distance 52 opérés. Dans 47 cas, le résultat est bon, dans 5 cas insuffisant, les malades se cassent au-dessus ou au-dessous d'une synthèse trop courte.

b. *Mobilité rachidienne des scoliotiques opérés.* — Presque tous, quelle que soit l'étendue de la fusion, sont capables de ramasser un objet à terre sans fléchir les genoux.

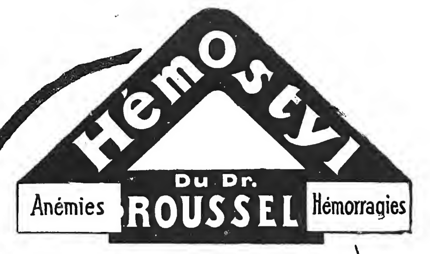
C. *Intervention et douleurs.* — Sur les observations du rapporteur, 15 ont été opérés pour douleurs, 14 ont vu les douleurs disparaître, la dernière a été opérée pour fusion trop courte.

D. *Résultats opératoires par catégorie de scoliose.* — Dans toutes les catégories, les résultats sont bons. Seule, la scoliose paralytique donne parfois des résultats incomplets ; mais ici, pour apprécier le bénéfice de l'intervention, il faut considérer le point de départ : 17,7 p. 100 des opérés de Hibbs étaient incapables de s'asseoir ou de se tenir debout avant l'intervention.

5° Echecs et résultats insuffisants de l'intervention. — Les échecs complets sont rares.

Ils relèvent de cinq causes : 1° insuffisance du traitement post-opératoire ; 2° la fracture du greffon un seul cas; 3° pseudarthrose du segment greffé, existe surtout au sommet de la courbure, nécessite une réintervention ; 4° l'élimination du greffon, très rare, n'entraîne pas forcément l'absence de fusion osseuse ; 5° la mauvaise détermination de l'étendue de la fusion est la cause habituelle des résultats insuffisants, surtout l'insuffisance d'extension vers le bas.

Technique de l'opération ankylosante du rachis pour scoliose. — A. Traitement pré-opératoire. — 1° *Correction de la scoliose.* — Trois grandes méthodes : I. *Redressement rapide par corsets articulés,* corset en deux pièces réunies par une tige métallique à charnière, méthode


Hémostyl
Du Dr.
Anémies
ROUSSEL
Hémorragies


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF, SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis.
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre
Clonazone
Daufresne
CLONAZONE
BACTÉRICIDE PUISSANT NON TOXIQUE
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

très employée aux Etats-Unis ; II. *Redressement par extension continue.* Traction longitudinale et latérale par poids, pendant six à huit semaines, serait très efficace, mais difficile à supporter, et la correction ne se maintient pas pendant l'opération ; III. *Méthode des appareils correcteurs à action lente*, employée surtout en France, corsets successifs en correction maxima sur moulages faits dans un cadre correcteur, soit vertical, soit surtout horizontal (Lance) qui permet beaucoup mieux la correction des déviations antéro-postérieures. L'équilibre antéro-postérieur du scoliotique est aussi important à obtenir que son équilibre latéral.

2° *Préparation générale du sujet.* — Elle est indispensable. Un repos au lit prolongé améliore beaucoup l'état général; on doit y joindre les exercices respiratoires et spiroscopiques.

B. INTERVENTION. — 1° *Généralités anatomiques* ; 2° *Détermination du niveau et de l'étendue de la fusion osseuse.* — a. *Mobilité physiologique et pathologique des segments rachidiens.* — Le professeur Ombrédanne et G. Huc admettent, au niveau de la neuvième et dixième vertèbre dorsale, un centre de résistance, qui reste ordinairement sur l'axe normal du tronc. Au-dessous, de D_{10} à L_3 existe la « charnière doroso-lombaire » (Lance) très mobile. La fixation doit donc aller du centre de résistance (D) à un point fixe au-dessous de la charnière, L_3 en général. Mais L_2 étant très mobile sur le sacrum, le rapporteur envisage la fixation systématique au sacrum.

Pour les scolioses hautes, ne pas remonter jusqu'à la nuque, dont la fixation peut troubler l'orientation de la tête (Huc).

b. *Influence de la forme de la scoliose sur l'aire à fusionner.* — Courbure unique : la fusion sera étendue du milieu de la courbure à une ou deux vertèbres au-dessous des lésions. Double courbure : ne pas s'occuper de la question des courbures primitives ou secondaires, fixer la courbure dorso-lombaire restée mobile avec appui vers le bas.

c. *Influence de la scoliose sur la détermination de l'étendue de la synthèse.* — La scoliose paralytique nécessite une fusion comprenant systématiquement le sacrum, excepté s'il y a paralysie des fessiers (Lance). Dans la scoliose essentielle, alors que les uns comprennent le sacrum dans la fusion, les autres conservent l'articulation lombo-sacrée libre.

d. *Vue d'ensemble de l'étendue de l'aire de fusion.* — Tout le monde pratique de longues fusions appuyées sur le sacrum dans la scoliose paralytique ; dans la scoliose essentielle, les Français agissent à peu près de même, parce qu'ayant affaire à de grosses déformations; les Américains, qui opèrent de manière précoce, fixent surtout le segment dorsal.

3° *Technique opératoire.* — 1. *Opération limitée à la cinquième lombaire, proposée par Steele en 1928* ;

2. *Méthode de Hibbs* ; *micro-arthrodèse*, bien connue, évite l'emploi du greffon, mais est d'une réelle complexité ;

3. *Arthrodèses par greffons :*

a. *Méthodes des greffons latéro-spinaux uniques ou doubles.* — On pratique la dénudation de la gouttière vertébrale, soit du côté concave, ou convexe, ou des deux côtés, pour y fixer un ou deux greffons.

b. *Méthode combinée de greffe et de résection costale.* — A. Whitman prend les côtés de la gibbosité comme matériel de greffe.

c. *Greffon médio-épineux, méthode d'Albee et dérivées.* — L'opération d'Albee type s'applique mal à la scoliose : greffon rigide qu'on incurve difficilement, la section à la scie ou au ciseau des apophyses épineuses donne un ébranlement médulaire shockant.

d. *Greffon sous-épineux, technique d'Halstead.* — La section des apophyses à la base donne un excellent lit au greffon, évite l'ébranlement médullaire, mais l'hémorragie est abondante.

e. *Opération de choix : technique mixte de G. Huc.* — Il comprend une fente oblique des épineuses presque exsangue, faite au ciseau-godille sans frapper, section des apophyses à la base, et placements dans cette large loge avivée du greffon tibial. On évite ainsi et l'hémorragie et l'ébranlement médullaire, les deux causes du shock.

Le rapporteur décrit en détail cette technique suivie maintenant dans le service du professeur Ombrédanne.

C. DANGERS OPÉRATOIRES, SUITES OPÉRATOIRES. TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE. — 1° Dangers anatomiques pendant l'intervention ;

2° Suites opératoires : en cas de shock grave, l'emploi systématique de la transfusion sanguine donne d'excellents résultats.

Le malade est en général placé alternativement sur le dos et le ventre dans le corset de redressement bivalve, dans la valve antérieure duquel il est en général opéré ;

3° Traitement orthopédique post-opératoire. Le malade se lève après un mois et demi à deux mois. Le corset sera enlevé progressivement après vérification radiologique de l'état du greffon.

Discussion.

M. CAMARA (Turin) a opéré deux malades. Le premier était une scoliose paralytique qu'il a fixée de la troisième dorsale à la troisième lombaire en deux séances.

Il n'est pas partisan de l'ostéosynthèse dans la scoliose congénitale. Il traite la scoliose essentielle par la méthode de Galeazzi, qui donne de beaux redressements. On peut alors fixer la région dorsale, car il pense que c'est là la courbure primitive ordinairement.

M. DELCHEF (Bruxelles) reconnaît comme indications la scoliose paralytique, et aussi les scolioses impossibles à maintenir ou douloureuses et condamnant le malade au corset à vie. Il y aurait intérêt à opérer précocement, mais on ignore l'évolution des scolioses prises à leur début. Il a opéré une scoliose au début pour des douleurs et la malade est guérie.

Ce qui est encore inconnu, c'est l'avenir du greffon. Chez l'adulte et l'adolescent, la réhabitation se fait bien, comme le montrent les pièces. Chez l'enfant, il faut craindre une incurvation au moment d'une poussée de croissance, comme semble le montrer une pièce présentée. Il ne croit pas à la solidité du greffon chez l'enfant, où sa déshabitation est rapide et massive.

LEDENT (Bruxelles) préconise le traitement fonctionnel post-opératoire des scoliotiques. Il montre par un exemple les bons résultats qu'on peut en attendre.

G. HUC (de Paris) présente l'observation d'une malade opérée de scoliose cervicale et de scoliose dorsale basse,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ui était une grand e impotente, et qui a pu reprendre une vie aetive depuis l'opération.

Il insiste sur la nécessité de rétablir l'équilibre antéropostérieur du rachis dans la scoliose. Il montre que les malades qu'on opère sont de véritables infirmes que les ostéo-synthès es sont suseeptibles de sortir de leur lit et de rendre capables de gagner leur vie.

GALLAND (de Berck) divise, au point de vue opératoire, les scoliotiques en deux elasses : la scoliose des indigents qui n'ont pas le moyen de se soigner implique pour lui l'ostéosynthèse précoce. Chez les malades aisés, le traitement orthopédique, qui eomporte le déeubitus alternant avee des eorsets, doit être associé avec le traitement général par la elimatothérapie et l'opothérapie.

LANCE (de Paris) est intervenu dans 42 eas de seoliose, mais seulement 12 fois pour des seolioses de l'adolescenee. Dans eette forme, l'indieation opératoire restera l'exeeption. La grande indieation est la seoliose paralytique grave, mais iei, à eause des troubles trophiques des membres inférieurs paralysés, souvent le greffon est de mauvaise qualité. Il y a intérêt à intervenir tôt ehez les paralytiques. Chez les grands gibbeux, la suppression de la lordose par un eorset fait sur moulage pris en déeubitus ventral et fixation dans eette position, allonge le trone et améliore l'état général par déeompression des organes thoraeiques.

L'opération doit éviter l'hémorragie et la commotion médullaire par emploi du eiseau et du maillet, faeteurs du shoek; on emploiera de préférenee la méthode d'Albee ou de Halstead, avee greffon souple, ou, dans les eas très déformés, la eombinaison des deux. Le greffon doit s'étendre de la neuvième dorsale à la einquième lombaire et au saerum ehez les paralytiques. Inutile de prolonger le déeubitus plus de quinze jours après l'opération. Corset pendant six à douze mois, selon les eas.

PICOT (de Marseille) a opéré une seoliose douloureuse traitée depuis plusieurs années par le décubitus et le eorset. Le résultat a été exeellent, malgré le manque de eorreetion pré-opératoire.

TAVERNIER (de Lyon) pense que l'emploi du greffon dans la seoliose est mauvais. Les grands greffons sont suseeptibles de se fracturer; ehez l'enfant, le greffon ne s'aecroît pas eomme le raehis et peut entraîner une aggravation des eourbures.

Il a employé la teehnique de Sehede qui appuie le raehis lombaire sur la erête iliaque sans grand sueeès. Des greffes d'os de bœuf se sont résorbées.

La meilleure teehnique pour lui est l'arthrodèse de Hibbs. Mais e'est une opération diffieile, shoekante, et les pseudarthroses sont fréquentes.

Il faut fixer sur une grande étendue, sans eela il se fait des eourbures au-dessous. Il faut aller parfois jusqu'au sacrum.

Il présente 14 observations, opérés depuis plus de deux ans, et montre que, dans beaueoup de cas, le résultat immédiat bon ne s'est pas maintenu, la courbure s'étant reproduite, soit au-dessus, soit au-dessous, par insuffisance de la fixation. Cependant, le résultat reste meilleur que par le traitement orthopédique. L'indication est formelle pour la seoliose paralytique. Pour les seolioses essentielles, il faut opérer celles qui, s'aggravant malgré le eorset, en deviennent douloureuses.

M. FRŒLICH (de Nancy). — Les seolioses du premier et deuxième degré sont justieiables du traitement orthopédique. Dans les scolioses du troisième degré, lorsque le traitement orthopédique, eomprenant le eorset plâtré en hiver, et en été le massage avec eorset amovible, n'a pas arrêté la marehe de la maladie, et dans les eas douloureux, il pratique l'ostéosynthèse, avee un greffon de 10 eentimètres. Les résultats ont été satisfaisants.

M. FÈVRE (rapporteur) a reçu depuis la publieation du rapport un travail de M. LAMY (de Paris) qui a pratiqué quatre fois la réseetion dans un but esthétique; son quatrième malade étant mort, il n'a pas persisté depuis.

M. RADULESCO (de Buearest) a pratiqué dans 41 eas la réseetion eostale du eôté eoneave, ee qui permet un léger redressement immédiat de la eourbure. On met ensuite des eorsets, et on fait l'arthrodèse vertébrale.

Le rapporteur eonelut que l'ostéosynthèse du raehis dans la seoliose donne une fixation, mais non une eorreetion de la déformation. Elle eonstitue done un pis-aller, qui rend de grands serviees dans certains eas, mais ne peut être employée qu'après éehec du traitement orthopédique.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (non traumatique) des membres.

Rapporteur : M. Pierre INGELRANS (de Lille).

Résumé du rapport. — Le rapporteur limite son sujet au traitement ehirurgieal, la vaeeinothérapie ayant un emploi restreint (ostéomyélite du nourrisson, professeur Ombrédanne).

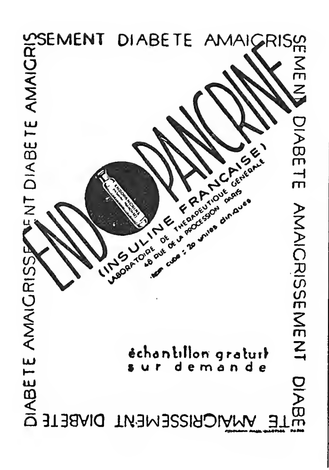
Considérations sur la pathogénie. — L'ostéomyélite aiguë des adoleseents est due à une invasion mierobienne avee bactériémie antérieure à la loealisation osseuse. Celle-ci se fait d'abord au niveau du bulbe de l'os (Lannelongue). Pour Lannelongue, l'infeetion porte d'abord sur la moelle osseuse, le tissu osseux étant secondairement intéressé. Il faut done d'emblée trépaner l'os pour drainer la eavité médullaire.

Depuis Lannelongue, de nombreux auteurs allemands et amérieains, Wilenski en partieulier, se sont efforcés de démontrer que la néerose résultant d'une embolie artérielle septique est primitive ; l'infection, phénomène seeondaire, est incapable à elle seule de déterminer une néerose.

Wilenski reeonnaît einq groupes d'ostéomyélites selon le siège de l'embolie : abeès sous-périosté, nécrose osseuse superfieielle, séquestre diaphysaire total, séquestre annulaire limité, néerose totale de l'os. On a fait de nombreuses objeetions à eette opinion trop systématique, qui ne tient pas assez eompte de la elinique.

En fait, le début est ordinairement métaphysaire. De ee point (Stern et les chirurgiens de Toronto) l'infeetion gagne plus la région sous-périostée que la profondeur, le déeollement peut être très étendu avant que le eanal médullaire soit atteint, — ehez l'enfant âgé, l'ostéomyélite diaphysaire est exceptionnelle ; plus fréquente ehez l'adulte, elle évolue surtout sous le périoste et envahit les espaces intermuseulaires.

Cette conception eonduit à l'ouverture de l'abeès souspériosté, avec trépanation *étroite* de la métaphyse; la


SEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE
ENDOPANCRINE
(INSULINE FRANÇAISE)
LABORATOIRE DE THERAPEUTIQUE GENERALE
48 RUE DE LA PROCESSION PARIS
échantillon gratuit
sur demande


MAUX D'ESTOMAC
DIGESTIONS
DIFFICILES
Guérison sûre et rapide
ÉLIXIR GREZ
Toni-Digestif
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
Employé avec succès dans les troubles de la digestion (dyspepsies), les maux d'estomac (gastralgies), les vomissements, diarrhées chroniques
Prix : 4 fr. 50 le Flacon
Dépôt à PARIS
COLLIN & Cie

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

trépanation large propage l'infection. Donc, entre la théorie de la nécrose primitive qui rejette toute trépanation comme nuisible, celle de Lannelongue et des classiques commandant la trépanation large, celle de Platt la trépanation très limitée, il y a opposition absolue.

En face des désespérantes séquelles de l'ostéomyélite aiguë, une autre méthode s'est depuis longtemps substituée à celle de la résection primitive de l'os malade.

Traitement chirurgical. — LES MÉTHODES. — *L'incision simple de l'abcès sous-périosté.* — Sitôt le diagnostic posé, cette incision s'impose, c'est un traitement d'urgence, qui est classique en France (Broca, Ombrédanne). Vignard préconise cependant la temporisation. Depuis qu'il a vu un certain nombre de décès par septicémie rapide à la suite de débordements larges et précoces, avec ou sans trépanation, Lasserre est d'un même avis. En Allemagne, après Bilroth, la temporisation a fait de nombreux adeptes.

LA TRÉPANATION. — Pour Lannelongue, la trépanation large, systématique, était « la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indéniables ».

Depuis, de fortes réserves se sont imposées : l'ostéomyélite des nourrissons et de la première enfance (avant trois ans) guérit le plus souvent par un traitement simple (Ombrédanne). A tout âge, la simple incision guérit les périostites. Il faut, lorsque l'abcès sous-périosté est incisé, avant de trépaner, tenir compte de l'aspect de l'os sous-jacent : s'il est sec, blanc, ne saignant pas, la trépanation est indiquée ; après incision simple, si la température reste élevée, l'état général inquiétant, la trépanation s'impose. Telle est la ligne de conduite de la majorité des chirurgiens français.

LES PROCÉDÉS DE TRÉPANATION. — Ici, le plus grand désaccord.

1° *Trépanation large.* — C'est l'ouverture large, en tranchée, de la cavité médullaire sur une grande étendue ou sa totalité, comme le voulait Lannelongue, Broca, comme le fait Leriche.

2° *La trépanation associée à la désinfection.* — En Angleterre et aux Etats-Unis, certains auteurs, après ouverture de la cavité médullaire, tentent sa désinfection par des antiseptiques, ce qui paraît bien illusoire.

3° *La trépanation limitée.* — Starr et Robertson (Toronto), Platt (Manchester), après incision du périoste, forent avec une drille la métaphyse en plusieurs points parallèlement à l'épiphyse : appliquée précocement, cette méthode peut obtenir la guérison sans séquestration (26/207, Starr ; 14/22, Platt).

Beaucoup de chirurgiens s'élèvent contre la trépanation large, précoce, qu'ils accusent de disséminer les germes infectieux.

De cet ensemble d'opinions, il ressort qu'il est très difficile de distinguer les cas où on peut ne pas trépaner, ceux où on peut se contenter d'une trépanation à la tréphine, où, au contraire, la trépanation large est indispensable.

Hédri (Hongrie) a montré récemment que la suppuration médullaire, au cours de l'ostéomyélite, s'accom-

pagne de lipurie ; la présence de celle-ci imposerait la trépanation.

Ce signe perdrait de sa précision en cas de foyers multiples.

Si l'étude anatomo-pathologique de l'ostéomyélite entraîne la conviction que, la plupart du temps, la trépanation s'impose par des procédés variés, mais celle-ci n'aggrave-t-elle pas le pronostic de la maladie ? De nombreux travaux ont été faits en Allemagne sur les résultats comparatifs de l'incision simple de l'abcès. Rost a eu une mortalité de 14 p. 100 chez les trépanés, 7 p. 100 chez les cas non trépanés primitivement, méthode appliquée à tous les cas. Pour Mayer, plus on retarde la trépanation, plus la mortalité diminue (42,1 p. 100 dans la trépanation précoce, 13,3 p. 100 si elle est retardée).

Pour Brandt, la mortalité est doublée par la trépanation (16,66 p. 100 contre 7,59 p. 100).

La trépanation favorise les embolies septiques et les complications articulaires. Elle augmente la mortalité (Rost, Haberer, O. Mayer, etc.). L'incision des abcès sous-périostée suffit à drainer les toxines.

LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE. — Ollier distingue deux variétés de résections osseuses dans l'ostéomyélite : la résection pour nécrose adhérente, extirpation précoce d'une diaphyse destinée à mourir, et l'extirpation d'un séquestre mort englobé dans une capsule d'os périostal nouveau, opération tardive.

Pour Leveuf, la résection précoce est faite avant l'apparition du séquestre, avant limitation entre le mort et le vif, le périoste restant souple et sans néoformation osseuse; elle peut être primitive, imposée par la gravité du cas, ou secondaire après échec d'interventions antérieures.

L'histoire de cette résection précoce remonte loin ; après Holmer (1866), qui la pratique le premier pour ostéomyélite, d'autres chirurgiens la tentent, en particulier Duplay, Giraldès, Th. Anger, Cerné. Le Traité de résection d'Ollier (1886) en rapporte des observations nouvelles et nombreuses.

Depuis, elle rencontre des défenseurs que le rapporteur énumère — mais aussi d'ardents détracteurs, parmi lesquels il faut citer A. Broca.

Leveuf, depuis 1926, a repris une campagne en faveur de la méthode, et a rapporté à plusieurs reprises des observations à la Société de chirurgie, puis des rapports sont faits à la même Société sur les cas d'Astariadès, Brugeas, Carajannopoulos, Marcel Barret, A. Martin, d'Allaines. A l'étranger, la méthode présente aussi de nombreux adeptes.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION PRÉCOCE. — *Incision des parties molles. Détachement du périoste.* — Le décollement du périoste est toujours spontané. Si on opère assez tôt ou si l'abcès sous-périosté a été bien drainé, la gaine périostique intacte adhère au tissu musculaire. Son intégrité est indispensable à la régénération de l'os.

La section de l'os. — L'os est blanc, sec, mat, mais sans

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sillon d'élimination. Où sectionner ? Dans la résection précoce secondaire, pas de difficulté (Leveuf) : ou l'ostéomyélite est bipolaire et il faut enlever toute la diaphyse, ou elle est unipolaire, on sectionne la diaphyse à un centimètre au-dessus de la limite du décollement et on l'enlève jusqu'au cartilage de conjugaison. Dans la résection primitive, le problème est plus délicat. La radiographie ne montre encore rien. Leveuf se fie à l'étendue du décollement périosté.

Ni lavage, ni drainage, pas d'antiseptiques. Faite très précocement dans ces conditions, la résection sera suivie de régénération osseuse.

Critiques adressées a la résection précoce. — Cette opération présente deux gros avantages (Leveuf) : 1° Elle assure la guérison des phénomènes infectieux locaux qui retentissent si souvent de manière grave sur l'état général ; 2° elle est suivie de reconstitution d'un os sain, mettant ainsi à l'abri des séquelles de l'ostéomyélite.

Mais ce qui fait reculer la plupart des chirurgiens, c'est la crainte de la non-régénération de l'os. Des cas en ont été rapportés (Martin, d'Allaines). Mais si on étudie les échecs publiés (Leveuf), on voit que, le plus souvent, ils ne sont pas consécutifs à des résections précoces, mais à des résections faites tardivement quand la gaine périostique était déjà détruite par la suppuration, ou trop parcimonieuse, laissant de l'os infecté qui suppure.

Le second reproche vise la forme et qualité de l'os régénéré. Le raccourcissement est variable, mais avec un bon appareillage, quand le cartilage de conjugaison a été conservé, est de 1 ou 2 centimètres. Cet os est souvent irrégulier de forme, mais on n'y a jamais signalé de rechutes.

Enfin, on reproche à la méthode d'être aveugle : rien ne peut guider le chirurgien dans l'étendue de sa résection. N'est-il pas plus sage au début de trépaner l'os pour drainer et ensuite, dès que la radiographie a montré l'étendue des lésions, de réséquer ?

Les faits seuls peuvent montrer la place prépondérante à donner à ces deux façons d'agir.

Résultats des opérations conservatrices. — *Résultats immédiats. Mortalité.* — Elle est élevée et varie selon les statistiques, de 13 à 34 p. 100 ; en moyenne 16 p. 100.

Elle reste moins élevée chez les nourrissons et au-dessous de trois ans. La mortalité est plus élevée pour les lésions du fémur, et surtout de l'humérus, que pour celles du tibia.

Amputation. — Dans la statistique du rapporteur (service du professeur Lefort), sur 50 cas traités par la méthode conservatrice, à 7 décès, il faut joindre 5 amputations.

Cause des décès. — Le pronostic offre le maximum de gravité de dix à quinze ans. La majorité (9/15) ont été emportés dans les quinze premiers jours, par une forme toxique septicémique, ou une pyohémie à localisations multiples.

Les uns ont été trépanés précocement ou non, les autres

(Suite à la page VII').

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

pas. Mais, quelle que soit la thérapeutique employée, elle se révèle inefficace dans les cas suraigus.

INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LA MORTALITÉ ET LES COMPLICATIONS. — On a, en Allemagne, beaucoup combattu la trépanation, nous l'avons déjà vu.

Il ressort du rapport très documenté de Monnier à la Société suisse d'orthopédie, que « les opérations osseuses ne raccourcissent en aucune façon la durée de la guérison ; mais qu'au contraire, celle-ci est notablement prolongée toutes les fois que l'os a été ouvert », mais la guérison serait de meilleure qualité, « les séquestres se produisant deux fois moins fréquemment chez les trépanés que chez les incisés ». L'examen des observations personnelles du rapporteur l'inclinent à la même opinion.

La trépanation ne peut être rendue responsable ni de la formation de séquestres volumineux, ni de localisations multiples, ni de complications articulaires. S'il en a été ainsi après la trépanation dans beaucoup de cas, c'est que les malades ont été adressés au chirurgien trop tardivement. Sans trépanation, on peut assister à la formation de séquestres volumineux et l'abstention favorise leur extension.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — L'étude des résultats immédiats permet de conclure que la trépanation peut être pratiquée sans hésitation, chaque fois que les lésions osseuses sont évidentes ou après échec de la simple incision, à l'exception des formes toxiques suraiguës qui ne sont pas du domaine chirurgical.

Quelle est la qualité de la guérison ainsi obtenue ? Souvent médiocre, sujette à des rechutes interminables. La statistique du rapporteur montre que, sur 73 cas retenus, il y a 42 bonnes guérisons, 6 cas franchement mauvais, 2 non-régénérations, après résection tardive pour nécrose adhérente, 4 fistuleux.

RÉSULTATS DES RÉSECTIONS PRÉCOCES. — Le rapporteur a pu réunir, dans la littérature, 22 résections précoces primitives et 56 précoces secondaires.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — *Action sur l'état général.* — Il n'est pas douteux qu'elle amène une sédation rapide de l'infection générale.

LA RÉSECTION PRÉCOCE PRIMITIVE. — Dans les formes sévères d'ostéomyélite avec état général grave d'emblée, faut-il avoir d'emblée recours à cette méthode radicale « qui supprime complètement le foyer d'infection » (Leveuf), quitte à engager l'avenir fonctionnel du membre ? Cette opinion serait très soutenable, si l'on était sûr d'enrayer l'infection. Mais ici, l'infection n'est pas locale. Le foyer n'est que la manifestation d'une infection sanguine, le malade peut succomber après l'exérèse de l'os, ou d'autres foyers se révéler.

Le rapporteur incline à accepter les conclusions de Mathieu sur la résection précoce primitive : « C'est un procédé un peu aveugle, dont l'usage doit être réservé (pour l'instant du moins) à des formes d'ostéomyélites spéciales : état général grave, lésions d'ostéite sévère constatées au cours de l'intervention. »

La résection précoce secondaire. — Elle a une action très favorable, et sans la crainte, parfois justifiée, de la pseudarthrose, elle serait véritablement la méthode d'élection pour le traitement des formes qui ne cèdent pas à la trépanation élargie.

Action sur l'état local. — Le rapporteur insiste sur la nécessité de l'asepsie, le rejet de l'emploi de tout antiseptique qui peut compromettre la régénération osseuse.

Quand on compare les suites opératoires immédiates de la trépanation et de la résection précoce, on est bien obligé de convenir que l'avantage reste à cette dernière. Au lieu de demander cinq à huit et dix mois pour la fermeture d'une trépanation petite ou large, après résection, la cicatrisation est obtenue en trois semaines à trois mois (Leveuf).

RÉSULTATS ORTHOPÉDIQUES. — Dans quelles proportions observa-t-on la non-régénération de l'os, ou un tissu de mauvaise qualité ? De l'examen des observations publiées et des siennes, le rapporteur conclut que les cas où la régénération ne s'est pas faite ou très lentement, avec production d'un os grêle, sont des résections trop tardivement faites, et, pour les observations anciennes en bourrant la cavité de mèches imbibées d'antiseptiques.

Il semble qu'à présent, la régénération soit devenue la règle si l'opération a été précoce, si on a évité l'emploi d'aucun antiseptique, et enfin, élément important, si l'immobilisation du membre après l'opération a été absolue. Wismet Orr a préconisé, aux Etats-Unis, une méthode qui a de nombreux adeptes, et donne d'excellents résultats dans l'ostéomyélite : après opération, bourrage de la plaie avec un pansement vaseliné, pansement très rare (trois à quatre semaines), grand plâtre. Le point délicat est le moment d'intervenir. Il faut intervenir avant que le périoste soit altéré, assez tard pour qu'il soit décollé par l'abcès et qu'on n'ait pas à le décoller à la rugine. Comme les limites de la nécrose sont en général décelées par la radiographie avant que le sillon d'élimination de l'os nécrosé soit constitué, le rapporteur conclut : « Mise à part la résection d'emblée pour des formes nécrotiques rapides, la résection secondaire rapide est recommandée lorsque la radiographie est capable de renseigner sur l'étendue du segment à extirper. »

Qualités de l'os régénéré. — Le rapport expose ensuite les variétés du raccourcissement primitif, secondaire, la forme de l'os. L'os régénéré en cas de fracture se comporte comme un os normal.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Ils ne sont pas assez nombreux à l'heure actuelle pour pouvoir en juger.

INDICATIONS OPÉRATOIRES ET CONCLUSIONS. — Au début d'une ostéomyélite aiguë, vue précocement, il convient d'attendre, si possible, qu'une collection sous-périostée soit formée. On doit pendant ce temps radiographier, faire une hémoculture, chercher la lipurie. L'incision de l'abcès sous-périostée suffit souvent chez le nourrisson et petit enfant. Si la radiographie est positive au début, ce qui est rare, ou s'il existe de la lipurie, si l'os est dénudé, sec, huileux, on pratiquera la trépanation étroite de la métaphyse (méthode de Starr), qu'on élargira si les lésions s'étendent à la diaphyse. Il ne faudra pas craindre alors l'abrasion très large et complète des tissus malades. Si l'incision de l'abcès montre un os sain, en rester là.

Vaccination, si les signes locaux généraux persistent, intervenir rapidement.

Dans tous les cas, drainer largement, panser à plat, pas d'antiseptiques, immobilisation rigoureuse. La résection primitive précoce ne convient qu'à des cas nécro-

tiques rapides, rares. La résection précoce secondaire interviendra après échec de la trépanation, au bout de deux à trois semaines. Faite selon une technique définie, elle donne de bons résultats immédiats.

Discussion.

M. MARTIN DU PAN (Genève) est très conservateur. D'emblée, il fait du propidon tous les deux jours; habituellement la douleur disparait, l'abcès se collecte, on l'incise et plus tard on enlève le séquestre.

Depuis deux ans, il emploie le bactériophage et l'autobactériophage.

Il apporte uue statistique de 120 cas: avant le propidon, il a eu 12 morts, et seulement 2 depuis son emploi. La durée du traitement a été considérablement raccourcie (fémur, deux et trois ans avant, trois mois à un an après ; humérus, un mois et demi au lieu de neuf mois ; péroné, deux mois au lieu de dix-huit mois, etc.). Le résultat fonctionnel s'est très amélioré.

M. MARTIN (de Paris) présente une observation de résection de la diaphyse du radius chez un enfant : deux ans après l'opération, le radius ne s'est pas reconstitué et, le cubitus s'accroissant, il en résulte une grosse déformation.

M. TRÈVES (de Paris) croit que la trépanation est souvent inutile. Après l'incision simple, si l'amélioration est insuffisante, on peut toujours trépaner.

Il est difficile de poser des règles de technique et de date pour l'opération de résection précoce. La résection primitive doit être exceptionnelle. Il a été obligé de la pratiquer dans un cas et l'os s'est reconstitué en quelques mois.

Il est partisan de l'emploi du propidon dans tous les cas. Il emploie l'héliothérapie pour les vieilles fistules.

M. BILLIET (de Lille) distingue l'ostéomyélite ordinaire, dans laquelle les phénomènes locaux dominent les symptômes généraux, et l'ostéomyélite grave, où c'est le contraire. Dans le premier cas, la vaccinothérapie (vaccin de Carrion ou auto-vaccin) réduit l'opération au minimum. Dans le deuxième cas, le vaccin est utile mais insuffisant, la trépanation et au besoin la résection diaphysaire lui paraît l'intervention de choix.

M. LASSERRE (Bordeaux) distingue trois formes : la forme hypertoxique, où les opérations doivent rester minimes ; la forme septicémique temporaire, où on pratiquera des opérations minimes, plus du vaccin et secondairement des opérations plus importantes ; la forme septicémique prolongée avec abcès sous-périostique, on incise l'abcès et, si la température ne baisse pas, trépanation minime.

La résection précoce doit être exceptionnelle.

M. LEVEUF (de Paris). — Deux principes sont établis : 1° la régénération se fait d'autant plus vite que la résection a été plus précoce ; 2° pour que la régénération se fasse, il faut respecter l'intégrité du périoste : pas de drains, de mèches, d'antiseptiques. Après l'exérèse de la diaphyse, si la technique a été régulière, l'os nouveau est déjà visible à la radio au bout de quinze jours. Le rôle des ostéoblastes est nul dans la production de l'os nouveau. Cependant, l'intégrité du périoste est indispensable et, de plus, il faut que le périoste soit irrité par une infection ; dans ce cas, les vaisseaux unissant le périoste aux masses musculaires sont très développés.

L'os nouveau apparait au début, non au niveau du périoste, mais se dépose sur l'os ancien, mais de manière si intense que la zone d'union est invisible. L'ablation de la totalité de l'os ancien, mort, privé de circulation, ne retarde pas la régénation osseuse, au contraire, si le périoste vascularisé est intact.

Leveuf préconise la hardiesse dans la résection primitive : on est sûr d'enlever tout l'os malade si l'on résèque la portion sous-jacente au décollement sous-périosté. L'effet de cette résection sur l'état général est excellent, l'os entier étant une éponge de pus. L'incision de l'abcès sous-périostée et la trépanation sont souvent un drainage incomplet. Cependant, on doit presque toujours commencer par elles. La résection précoce primitive restera l'exception, la résection précoce secondaire, la règle.

MM. MOUCHET et HARDOUIN (de Paris) rapportent trois cas de résection au sixième, vingt-sixième et quarante et unième jour. La régénération a été insuffisante dans ce dernier cas. Il adopte le point de vue de Leveuf.

M. RICHARD (de Berck) est aussi d'accord avec Leveuf.

Il a eu un cas de non-régénération, parce que la résection a été trop tardive (quatre mois et demi). Dans un deuxième cas, quelques jours après la trépanation, il réséqua les deux tiers inférieursdutibia: la régénération et cicatrisation ont été très rapides. Au bout de quelque temps, il s'est fait une fracture de l'os nouveau. Elle est restée sept mois sans se consolider. On a fait une greffe ostéo-périostique; actuellement, la consolidation n'est pas encore obtenue.

M. G. HUC (de Paris) est d'accord avec Leveuf. Il est partisan de la vaccination, surtout dans les cas chroniques, des sels d'or dans les septicémies à répétition.

Il a pratiqué deux fois la résection primitive. Une fois pour forme très grave hémorragique avec résultat immédiat excellent. Réparation très rapide, mais, à la limite inférieure, un petit séquestre a obligé à une intervention secondaire. Dans l'autre cas, la gravité de l'état général a obligé à réséquer le fémur, régénération parfaite avec raccourcissement. Ce malade a eu une fracture qui s'est réparée.

MM. SORREL et OBERTHUR (de Paris) rapportent une statistique de 68 ostéomyélites avec 18 p. 100 de mort, 40 formes aiguës avec 4 guérisons spontanées, 36 opérés ; une résection du péroné, une résection de l'aile iliaque ; tous les autres cas sont des incisions sous-périostées ou trépanations. Il y a eu 40 p. 100 de réinterventions.

Il y a en tout 2 résections primitives et 4 secondaires (1 tibia au 23e jour, 1 fémur au 54e, 1 tibia au 48e, 1 clavicule au 25e jour). Il faudra suivre attentivement les malades à la radio.

M. FRŒLICH (de Nancy) montre des déformations secondaires à de simples trépanations sans résection.

M. INGELRANS, rapporteur, conclut que la plupart des auteurs acceptent l'opinion de M. Leveuf sur la nécessité de faire la résection précoce, primitive exceptionnellement, et plus souvent secondairement. Beaucoup d'auteurs appliquent de manières variées la vaccination et en ont tiré des bénéfices.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Communications particulières.

Les calcifications et ossifications périarticulaires de l'épaule. — M. Mauclaire (de Paris). Les calcifications de la bourse séreuse sous-acrominale peuvent siéger en dehors de cette bourse dans les tendons périarticula ires. C'est une affection rare survenant sans traumatisme, ou à la suite d'un traumatisme. Il existe des formes aiguës, douloureuses, ou des formes chroniques d'emblée ou secondairement à un épisode aigu.

On différenciera avec l'arthrite scapulo-humérale à cause de la conservation d'une abduction à 45° et de l'image radiographique. La diathermie donne de bons résultats, et si on a à intervenir, il faudra respecter le deltoïde.

Les transplantations tendineuses dans les déformations paralytiques du pied. — M. J. Delchef (de Bruxelles). Dans deux cas de pied bot varus équin, la transplantation a donné un résultat stable excellent. Il pense que l'application judicieuse et suivant une technique sévère des transplantations tendineuses enlèveront à cette méthode le discrédit injustifié qu'elle subit aujourd'hui.

Fracture de la colonne, laminectomie et ostéosynthèse combinées, guérison. — C'est un cas de compression médullaire peu fracturé avec tassement du corps de la douzième dorsale. Il a pratiqué une laminectomie suivie de l'application d'un large greffon ostéopériostique sous les apophyses épineuses sectionnées. Bon résultat.

Fallait-il amputer ? — M. Scholder (de Lausanne) présente un cas très intéressant de pseudarthrose post-traumatique étendue aux deux os de l'avant-bras. Après plusieurs opérations : greffes osseuses, transplantations tendineuses, il est arrivé à un résultat fonctionnel satisfaisant de prosupination, et d'opposition du pouce et de l'index.

Pseudarthroses et fractures des greffons dans les arthrodèses pour coxalgie. Leurs causes. Précautions à prendre pour les éviter. Leur traitement. — MM. Delahaye (de Berck) et Dupuis. En dehors des deux cas de *résorption totale* du greffon malaisés à expliquer, les *pseudarthroses* sont dues principalement : 1° à l'interposition périostique au niveau du trochanter; il faut enlever tout le périoste du bout distal du greffon qui pénètre dans le trochanter ; 2° à l'état cartilagineux du trochanter ; avant dix ans, ce noyau osseux est insuffisant pour assurer la soudure. Avant cet âge, il faut introduire le greffon dans un lit diaphysaire.

Le traitement de ces pseudarthroses sera l'apposition d'un large greffon ostéopériostique dans le foyer avivé.

Les *fractures* du greffon sont dues, soit à un effort brusque, soit à un micro-trauma. La fracture siège à un centimètre au-dessus du grand trochanter.

L'immobilisation assure en général la consolidation.

Deux nouveaux cas de sporotrichose osseuse. — MM. Meyer et A.-G. Weiss (de Strasbourg). L'un fut considéré comme une ostéomyélite chronique du tarse. Le curettage montrant les grains caractéristiques, le traitement iodé fut institué. L'autre, étiqueté kyste du petit trochanter, disparut par l'iodure. Les auteurs se demandent si l'aspect radiographique de cavité claire à bords condensés ne pourrait pas être une image pathognomonique de sporotrichose. Il faudra y penser toujours dans ce cas.

Sur le traitement des fistules osseuses. — M. P.-R. Chiarolanza (de Naples). Peu satisfait des trépanations et séquestrectomies des cavités osseuses fistulisées, l'auteur a vu des guérisons remarquables à la suite d'enlèvement en bloc de toute la cavité, parois malades y comprises.

Sur le traitement opératoire du genu recurvatum. — M. Tavernier (de Lyon). Dans un cas de genu recurvatum grave, l'auteur a réalisé une butée antérieure du genou en glissant entre tibia et rotule un greffon large doublant en arrière le tendon rotulien. Il ossifie ainsi l'appareil rotulien sans enlever en rien de la fonction du genou. Très bon résultat.

A propos de la technique des grands évidements osseux des membres — M. Lasserre (de Bordeaux) relate et montre les radios d'une série de cas d'ostéomyélites aiguës, chroniques, uni ou bipolaires, ou abcès enkystés, parfaitement guéris sans fistulisation par la méthode classique des trépanations larges et séquestrectomies. Il croit que cette méthode que Soultet pratiquait déjà en 1660, serait moins discréditée si elle était appliquée avec plus de soin et, à ce point de vue, l'instrumentation électrique avec forets et scie circulaire joue un rôle primordial.

Interventions opératoires prophylactiques contre la production des contractures et des attitudes vicieuses durant la période de régression de la poliomyélite. — M. Ugo Camera (de Turin) insiste sur l'importance et, clichés à l'appui, sur l'excellence de l'emploi des tendons de soie de Lange : avec une soie bien stérilisée et une technique bien appropriée, la méthode donne des résultats remarquables, surtout dans les paralysies des extenseurs.

M. G. Huc (de Paris) souligne l'intérêt de cette communication. Il considère que tout muscle paralysé a une fonction nouvelle, spéciale, d'appendement, mieux de suspension, qui compromet sa régénération. Le traitement logique à appliquer pendant la période de régression de la paralysie est donc la suppression de cette fonction néfaste d'appendement. L'auteur a vu à la suite de son opération pour paralysie du moyen fessier, ce muscle se régénérer complètement. Ces considérations ouvrent des horizons nouveaux au traitement des séquelles de la poliomyélite.

Ostéochondrite hémorragique du fémur. — M. L. Rocher (de Bordeaux), intervenant pour un syndrome de blocage du genou, trouve sur le condyle interne une zone hémorragique le soulevant. Evacuation de la poche. Application soigneuse du cartilage. Guérison complète. Aucun traumatisme dans les antécédents.

Troubles sympathiques dans la paralysie obstétricale. — MM. H.-L. Rocher et Guérin. Cette affection ne tient pas seulement à l'élongation des fibres motrices du plexus brachial, mais aussi à celle des filets sympathiques qui les accompagnent. Le gantelet ischémique fugitif décrit par Rocher, bien connu des accoucheurs, en est une preuve. Un cas de paralysie obstétricale avec griffe de Wolkmann persistante, lésions de sphacèle à la base de l'index, doit être considéré comme une irritation traumatique des trous sympathiques du plexus brachial.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

***

La Société décide que les prochaines journées orthopédiques auront lieu à Paris, en juillet, avant la réunion de la Société internationale d'orthopédie, qui se réunit à Londres.

Questions mises à l'étude pour la XVe Réunion de la Société d'orthopédie en octobre 1933 :

1. **Réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche.** — Rapporteur : M. MUTEL (de Nancy).

2. **Arthrites sèches de la colonne vertébrale.** — Rapporteur : M. RICHARD (de Berck).

Question proposée pour 1934 :

Correction ostéoplastique des déformations sterno-costales. — Rapporteur : M. GARNIER (de Paris).

M. LANCE.

NÉCROLOGIE

JULES THIROLOIX

Jules Thiroloix est mort le 15 novembre dans la nuit. Jusqu'à la veille au soir, il s'était montré, comme toute sa vie durant, plein d'activité et d'entrain ; puis, il s'endormit pour ne plus se réveiller. Originaire des Flandres — il est né à Douai le 25 novembre 1861, — il avait des hommes du Nord la peau claire, les cheveux blonds et le visage coloré avec le sang aux joues, mais il avait d'un méridional la petite taille, la vivacité, la promptitude de la pensée et du geste. Son père était industriel et ne comprit jamais le goût qui, dès l'enfance, porta Jules Thiroloix vers la médecine. Malgré sa famille, il obéit à sa vocation et quitta les siens pour étudier à Paris. Sans guide, sans appui et, ajoutons-le, sans subsides, il travailla. Les débuts furent durs pour ce provincial isolé dans la capitale. Son énergie, mise au service d'une ambition légitime, les qualités éminentes de son esprit, son ardeur au travail lui permirent de franchir vite les étapes les plus dures de la carrière officielle : interne en 1888, il conquiert la médaille d'or de l'Internat quatre ans après. Il est médecin des hôpitaux et professeur agrégé en 1898. Aux titres s'ajoutent à la fois une réputation parmi ses pairs de candidat brillant, de causeur plein d'esprit, de biologiste instruit et, dans le public, une prompte notoriété de médecin avisé, dévoué, plein de science et d'autorité. La vie s'ouvre maintenant large devant lui, il fonde un foyer, il mène de front l'existence du chercheur et celle du consultant qu'il poursuivit jusqu'après sa retraite, jusqu'à sa mort.

Jules Thiroloix avait le goût de la médecine expérimentale et de la biologie. Tout jeune, il avait fréquenté Brown-Sequard. Amoureux des nouveautés, entraîné par une admiration bouillonnante pour l'œuvre pastorienne, le premier de tous il s'inscrivit au premier cours de l'Institut Pasteur. Candidat à la médaille d'or, il étudia, le premier après Mering et Minkowski, les effets de la dépancréatisation expérimentale. Sa technique opératoire est parfaite — il avait d'abord pensé être chirurgien ; — son ingéniosité d'expérimentateur, son goût des hypothèses, sa compétence en physiologie se remarquent à chacune des pages de ce mémoire fondamental. Il avait été orienté vers ce sujet d'étude par Lancereaux. Lancereaux fut en effet son maître d'élection ; Jules Thiroloix avait passé auprès de lui une année d'internat. Contrairement à la tradition, et sans se soucier des petits calculs, que ne manquent pas de faire habituellement les candidats, il demanda à son maître de l'accepter encore un an auprès de lui, comme interne-lauréat. Toute sa vie Jules Thiroloix garda la vénération de ce maître, dont la largeur d'idées et la fécondité d'esprit l'avaient, dès l'abord,



Le Dr Jules THIROLOIX.

séduit. Il parlait aussi souvent du temps passé auprès d'Empis et de Jaccoud et de ceux, comme Menetrier et A. Netter, qu'il avait connus dans leur service.

Devant la Société médicale des hôpitaux, M. Marcel Labbé a rappelé avec précision et talent l'œuvre scientifique de Thiroloix, ses travaux sur le diabète, le rhumatisme, la dilatation des bronches, qui prouvent, avant tout, l'originalité de son esprit.

Jules Thiroloix avait, en effet, une physionomie et un caractère très personnels. Ceux qui l'ont connu et aimé ne pourront jamais oublier l'homme et l'ami qu'il a été. Eux seuls savent ses précieuses qualités, car elles étaient peu apparentes, et ont éprouvé son dévouement sans limite, sa fidélité : son affec-

NÉCROLOGIE *(Suite)*

tion donnée ne fut jamais retirée, et sa bonté : il était prêt à tout donner à ceux qu'il chérissait.

Eux seuls aussi ont connu toutes les ressources de son intelligence et tous les agréments de son esprit. Il avait une promptitude de pensée singulière, passait d'un sujet à un autre avec vivacité et pénétrait dans chaque problème tout d'un coup jusqu'au fond. Avec sa franchise que rien n'arrêtait, une audace dans la réflexion, bien amusante à contempler, une liberté de parole absolue et un esprit ironique plein de finesse, il donnait, en riant, son avis sur les hommes et les choses ; que de jugements pittoresques sont restés inoubliables pour ses familiers ! Il avait une vie tout individuelle ; rien de grégaire dans sa façon de penser ou d'agir. Il avait sa manière d'être à lui, faite d'adresse et aussi de force physique et psychique : il avait été champion de canotage, d'épée, de nage, très bon cavalier dans sa jeunesse, et avait gardé de cet entraînement une sorte de manière sportive d'envisager la vie, qui se traduisait par le goût de l'action, et aussi par le goût du risque. Tout lui était facile à comprendre, trop facile peut-être, car il lui fut toujours impossible de discipliner son activité intellectuelle. Il était de primesaut en toutes choses ; une hypothèse inattendue surgissait devant son esprit, il la suivait un instant puis il l'abandonnait. Mais quel charme imprévu — qu'un connaisseur comme Sacha Guitry savait apprécier — avait sa conversation, pleine d'un esprit piquant et d'une savoureuse originalité. Rien n'entravait chez lui la liberté de penser ni de parler, mais jamais une méchanceté, une médisance ou une phrase un peu grossière ne sortirent de sa bouche.

Jules Thiroloix avait les qualités d'un grand professeur : une élocution facile, une exposition claire, une mémoire d'une fidélité absolue, et cette sorte d'excitation devant un public attentif que connaissent bien ceux qui aiment enseigner. Lorsqu'il remplaça le professeur Hayem à la belle clinique de l'hôpital Saint-Antoine, ses leçons admirables attirèrent autant d'auditeurs que jadis ses célèbres épreuves d'agrégation.

Jules Thiroloix avait aussi le goût de l'exercice médical, le goût de la clientèle. Celle-ci vint à lui et lui resta attachée, sachant apprécier cette sympathie active qui est une grande force. D'une santé jusqu'au dernier jour impeccable, d'un équilibre nerveux parfait, il ne donna jamais un signe de faiblesse ; sobre et infatigable, il travailla chaque jour sans arrêt. Sans connaître la déchéance des vieux jours, il a disparu tout d'un coup : fin subite, heureuse pour lui, si déchirante pour son entourage, pour nous ses élèves, qui garderons le souvenir enchanteur des heures passées à ses côtés, pour ses patients qui, sans lui, se sentent aujourd'hui abandonnés, pour les siens dont il animait la vie et, en particulier, pour son fils, notre collègue Paul Thiroloix, dont les succès brillants et pleins d'espoir répandirent sur les dernières années de la vie de son père une joie rayonnante.

ROBERT DEBRÉ.

ANDRÉ GENDRON

Professeur à l'École de médecine de Nantes (1880-1932).

Gendron est mort... Le 15 septembre, l'incroyable nouvelle éclate dans la ville, dans toute la contrée, jetant la consternation, étreignant tous les cœurs. Il était si fort, si débordant de vie, d'entrain et d'esprit d'entreprise, qu'on le croyait invulnérable.

Un grand front plein de pensée abritant des yeux noirs au regard vif, agile, et passionnément scrutateur, un visage rayonnant d'intelligence et surprenant d'expression et de mobilité, un sourire plein de joie et de bonté, un air de franchise alerte et primesautière, donnaient à Gendron un caractère d'inoubliable et forte originalité.

Né en 1880 à Couëron, dans la Loire-Inférieure orphelin de bonne heure, il fait au lycée de Nantes de brillantes études, entre en 1900 à l'École de médecine, est admis à l'internat des hôpitaux de Nantes en 1903 et à l'internat de Paris en 1909. Il est successivement interne de Brocq, Galliard, Marcel Labbé, Netter, Babinski. Sa thèse, faite avec Babinski, sur les «Formes cliniques des tumeurs de la moelle et des méninges spinales, avec étude des localisations médullaires en hauteur», marque une étape capitale et désormais classique dans l'étude d'une question dont il a prévu l'importance future. En 1913, il revient à Nantes, laissant à ses maîtres le souvenir d'une intelligence exceptionnellement vibrante et pittoresque, à ses collègues d'internat celui d'une



Le Dr GENDRON.

verve devenue légendaire, à ses amis, tels Clovis Vincent, Carrié, Mondor, Debré, à Paris ; Mme Pou-

NÉCROLOGIE (Suite)

zin-Malègue, R. Gauducheau et H. Lerat, à Nantes, la certitude d'une fidélité qui ne faillira pas.

A Nantes, il entre, par son mariage, dans une famille où règnent les plus hautes traditions médicales. En juin 1914, il est nommé médecin des hôpitaux. Un mois plus tard, la guerre l'arrache à son foyer : la croix de guerre récompense son courage.

Après la guerre, les travaux retentissants de Rist sur le diagnostic méthodique de la tuberculose et sur le pneumothorax, sont pour lui une révélation, bien plus, une orientation définitive. Il passe plusieurs mois dans le service de Rist, et trouve près de cet incomparable chef d'école toutes les satisfactions possibles pour son esprit passionné de nouveauté, de clarté, de logique et de pénétrante et scrupuleuse analyse. Disciple admiratif et fidèle de Rist, il est le premier, à Nantes, à créer des pneumothorax et, malgré la difficulté qu'il éprouve à imposer une nouvelle conception du diagnostic et du traitement de la tuberculose, fait triompher dans toute la région sa conviction sincère éprouvée par d'éclatants succès.

En 1921, il devient professeur suppléant de pathologie interne. En 1924, il prend possession, avec notre collègue Mme Pouzin-Malègue, du sanatorium-hôpital de Chantenay, dont il fait, avec elle, un centre rayonnant d'enseignement et de traitement de la tuberculose. En novembre 1931, il est nommé professeur de thérapeutique. Sa popularité près des internes, des étudiants devient prépondérante. Très bon clinicien, il est pour eux un exemple d'ardente curiosité scientifique, et les soutient aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle, de toute sa bonté profonde, ignorant la jalousie et le moindre calcul. Il est l'animateur des réunions de la Société médicale des hôpitaux de Nantes, et y publie, aussi bien qu'à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à la Société de la tuberculose, des faits analysés avec une sagacité remarquable.

Au foyer, quatre enfants sont venus sceller son bonheur. Les vacances le trouvent au Croisic, où il vit en pêcheur, simple et sans faste, dans son bateau. Cette année, à la fin du mois d'août, passé librement dans l'ivresse de l'air du large, il part pour le Midi, accompagné de sa femme, de ses enfants et de chers proches parents. Insouciant de la douleur, il ne tient pas compte des premiers avertissements du mal, et poursuit son voyage. Peu de jours plus tard, il revient à Nantes, épuisé, atteint d'une douloureuse phlébite. Après quelques jours d'anxiété, la guérison semble promise. Gendron fait des projets, recouvre sa gaieté, son ironie, sa verve, parées d'une émouvante douceur. Un soir, l'embolie redoutée le foudroie.

Il est mort sans avoir eu le temps d'accomplir sa destinée, laissant dans une douloureuse surprise tous ceux qu'hier encore il étonnait de sa vivacité, stimulait de sa flamme généreuse, secourait de sa bonté. Au foyer mutilé veille sur quatre enfants une mère admirable. Gardienne d'une belle et pure mémoire, qu'elle sache qu'au cœur de ceux qui ont connu André Gendron, palpitera toujours son souvenir chéri et vénéré.

PAUL VÉRAN.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

LA REMISE DU LIVRE JUBILAIRE AU PROFESSEUR G.-H. ROGER

Une cérémonie qu'il avait voulue tout intime réunissait dans son ancien laboratoire de physiologie les élèves et quelques amis privilégiés du professeur G.-H. Roger, à l'occasion de la remise du Livre Jubilaire. Une grande pièce vaste, bien éclairée, aux murs nus, au sol carrelé de gris et de blanc, des appareils sur les paillasses ; c'est bien là un des locaux du laboratoire moderne, le bon outil de travail, que le Maître, après l'avoir installé avec amour, a légué à son successeur. Une table recouverte d'un tapis vert et trois fauteuils, ce sont les seules marques extérieurs de la cérémonie. Mais les élèves sont nombreux, tous sont là et bien des amis ont tenu à venir apporter au Maître le témoignage de leur admiration et de leur affection ; aussi la pièce est tout juste assez grande pour contenir tout le monde.

M. et Mme Roger ont presque peine à se frayer un passage, et la cérémonie commence. Elle sera courte et simple. Ainsi l'a voulu le Maître. M. Roger s'asseoit entre le doyen Balthazard et le professeur Achard. On fait cercle autour de la table. Sur le côté, quelques chaises réservées à Mme Roger et à quelques privilégiées, venues pour la plupart « en fraude ».

Le doyen Balthazard prend le premier la parole ; il rappelle en quelques mots les liens d'amitié qui l'unissent depuis longtemps à M. Roger : n'ont-ils pas été l'un et l'autre des élèves de Bouchard ? Il tient surtout à apporter ici les remerciements du doyen actuel de la Faculté de médecine à celui qui la dirigea avec tant de compétence et de dévouement pendant treize années ; en quelques mots heureux, il dit que ses fonctions actuelles lui ont permis de se rendre compte de l'effort considérable dépensé par le professeur Roger durant son décanat et des améliorations fort heureuses qu'il put apporter à notre Faculté, malgré des difficultés budgétaires considérables.

Le professeur Léon Binet remet ensuite au professeur Roger, au nom de ses élèves et de ses amis,

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

le Livre Jubilaire, seul témoignage que le Maître ait consenti à se faire offrir par ses élèves. Malgré sa jeunesse, le professeur Léon Binet a toutes les qualités de l'homme mûr, et la Faculté de médecine, dans la perte qu'elle faisait en voyant éloigner par la limite d'âge le professeur de physiologie, accueillit à l'unanimité celui de ses élèves que le Maître désignait à ses suffrages pour continuer son œuvre. En paroles émues, il nous parle du doyen, du professeur et du savant ; il rappelle quelques-unes de ses découvertes, notamment le phénomène de l'agglutination, que le professeur Lasseur qualifie fort bien, dans son livre jubilaire, de « phénomène de Charrin et Roger » ; les fonctions antitoxiques du foie ; il nous fait revivre leurs recherches communes sur le rôle du poumon dans le métabolisme des graisses, et leur émotion de savants lorsqu'ils constatèrent la première fois le phénomène : « J'ai fait préparer dans la pièce voisine, mon cher maître sur la même table où nous la fîmes pour la première fois, notre expérience sur la perfusion du poumon. » Le geste n'est-il pas charmant ; l'élève, dans son désir de fêter son maître, ne trouve-t-il pas que ce qui peut le toucher davantage, c'est la représentation expérimentale d'une de ses découvertes, le rappel du travail d'antan à la fois si intime et si fructueux? Le professeur Binet n'oublie pas que si le professeur Roger sert la science, il honore les lettres, et il rappelle ses succès comme homme de théâtre et comme philosophe.

Mince, élégant, la figure toujours jeune, le sourire aux lèvres, le professeur Roger nous apparaît aujourd'hui tel que nous l'avons toujours connu ; sa barbe blanche a quelque peu raccourci, seule concession qu'il a bien voulu faire à la mode actuelle, sans aller jusqu'à sa suppression. Son discours fut un régal pour son auditoire, habitué cependant à son éloquence. Il nous fait en un bref raccourci l'histoire de sa vie, il nous rappelle en termes émus le souvenir de sa mère près de laquelle il vécut pendant si longtemps, et de son frère récemment disparu d'une façon dramatique : il nous dit tout l'amour profond qu'il n'avait cessé d'avoir pour eux et tout ce qu'il devait à leur affection. Il nous parle de ses maîtres et plus particulièrement de Bouchard, puis de ses amis intimes qui sont tous là autour de lui : Achard, Hartmann, Jeanselme de Lapersonne et Vaquez ; un seul manque, Gouget disparu au moment même où il entrait comme professeur à la Faculté. « Nous devons peut-être plus à nos élèves, dit-il, qu'ils ne nous doivent eux-mêmes, car c'est dans leur contact journalier que nous apprenons à nous mieux comprendre » ; parmi ses élèves, certains des plus aimés ont disparu et qui devaient devenir des maîtres : Josué, L.-G. Simon, et l'un des plus jeunes Arnaudet tragique-



Remise d'un Livre Jubilaire au professeur Roger. Le professeur Roger prononce son discours au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine.

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

ment enlevés à la science à Tamaris cette année.

Il reconnaît toute sa prédilection pour le livre jubilaire et notamment pour celui qui lui est offert. Il représente très bien, dit-il, par la diversité des sujets traités, l'état d'esprit de celui pour lequel il a été écrit. « On m'a souvent reproché d'avoir étendu mes recherches sur des sujets très divers ; je le reconnais, mais je ne saurais considérer le fait comme une marque d'infériorité. » Esprit curieux de tous les phénomènes biologiques, il s'est toujours refusé à trop cantonner son effort. Et il est heureux de voir ses élèves refléter si bien les idées du maître, car les mémoires contenus dans ce livre, non seulement touchent à des problèmes très variés de physiologie, mais encore à de l'histoire médicale avec Lévy-Valensi et même à des « à-côtés » avec Touraine. Le professeur Roger remercie enfin M. Masson qui a luxueusement édité ce livre jubilaire.

Après nous avoir fait assister à sa vie familiale, à sa vie de savant, de professeur et de doyen, il va nous entretenir de sa vie « de retraité ». « Au lieu de vastes pièces à hauts plafonds, j'occupe actuellement, à une des extrémités de Paris, un modeste appartement, mais je vois de mes fenêtres de la verdure, et le soleil et la lumière entrent à flots. Je vis là parmi les livres ; les murs sont moins hauts, mais ils sont tapissés de tableaux aimés et j'ai en face de mon bureau une des œuvres d'un des plus grands peintres de la France. J'y jouis du calme et de la tranquillité, entouré de l'affection de celle dont le sourire a été baptisé au cours de mes voyages « le sourire de la Française ». J'écris beaucoup, parce que les éditeurs me donnent bien du travail ; je m'occupe de médecine, mais aussi de bien autres choses ; en ce moment, nous avoue-t-il, je traduis une histoire de Faust. Je ne fais plus de cours à la Faculté, mais j'en fais dans le monde entier ; il y a quelques jours j'étais au Mexique ; il y a peu de temps, c'était au Paraguay, au Chili, au Brésil, en Argentine. On a dit que le moment de la retraite était critique pour un professeur : je ne le trouve pas, je suis parfaitement heureux ».

Le tableau n'est-il pas charmant? Le professeur Roger est un sage ; en vrai disciple d'Épicure, il propose pour but à l'homme le bonheur, mais il le place dans les jouissances de l'esprit et du cœur, et il nous rappelle cette pensée de Pascal, dont le nom est quelque peu inattendu à côté de celui d'Épicure : « Rien n'est si insupportable à l'homme que d'être dans un plein repos. »

F. Rathery.

NOUVELLES

Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Le Dr J.-L. Henrotay (Anvers), président, a fait connaître les questions qui seront traitées lors du prochain Congrès.

1° Diagnostic et traitement des tuberculoses génitales chez la femme ; 2° Traitement chirurgical des hémorragies par placenta prævia ; 3° Traitement des suites de la ménopause provoquée.

Enfin, une séance sera consacrée au traitement du cancer du col.

La Société belge de gynécologie doit désigner un rapporteur pour la troisième question.

Faculté de médecine de Lyon. — *Certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le mardi 3 janvier 1933 au laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie sous la direction du professeur F. Arloing et des professeurs agrégés L. Thévenot et Dufourt, avec la collaboration de MM. Basset, Chalier, Gaté, Josserand, Meerssmann, Morenas et Sédallian. Il comprendra trente-cinq séances de manipulations, de 14 à 17 heures, et se terminera le 21 février.

Ce cours est sanctionné par l'obtention, après examen, du diplôme du certificat de bactériologie de l'Université de Lyon créé par arrêté ministériel de février 1922.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine du 1er décembre 1932 au 3 janvier 1933, dernier délai.

Le nombre des places peut être limité. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine ayant passé l'examen de fin de deuxième année, ainsi que les étudiants en pharmacie ayant huit inscriptions, MM. les internes en pharmacie des hôpitaux et les pharmaciens en exercice, MM. les vétérinaires peuvent s'inscrire à ce cours.

Les personnes n'appartenant pas à ces catégories qui désireraient assister au cours doivent en faire la demande, accompagnée de leurs titres, à M. le professeur Arloing. Le Conseil de la Faculté statuera sur les autorisations à donner qui seront portées à la connaissance des demandeurs le 3 janvier.

Service d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié (Dr Delherm). — I. *Radiodiagnostic* (Drs Thoyer-Rozat, Codet, Puyaubert). Tous les jours, à partir de 9 h. 30, au pavillon Bergonié.

1° Interprétation des clichés faits la veille ;

2° Radioscopie et radiographie générales ;

3° Kymographie les mardi, jeudi, samedi à 8 h. 30.

II. *Electro-radiothérapie* (Drs Delherm, Morel-Kahn, Devois, Fischgold).

1° Examen et prescription du traitement des malades nouveaux. Tous les jours à partir de 9 h. 30, salles Huet et Duchenne de Boulogne

NOUVELLES *(Suite)*

2° Application des traitements électro-radiothérapiques (rœntgenthérapie moyenne et pénétrante, applications des différentes modalités du courant électrique, émanothérapie). Tous les jours à partir de 8 heures, salles Apostoli Oudin, Curie ;

3° Electrodiagnostics, les mardi et vendredi, à partir de 10 heures, salle Huet ;

4° Chronaxie, le samedi à partir de 10 heures, salle Huet.

III. *Consultations* à partir de 10 heures, salle Duchenne de Boulogne.

Les lundi et mardi, Dr Delherm, chef de service ;

Le mercredi, Dr Savignac (affections ano-rectales) ; Dr Morel-Kahn (électro-radiothérapie) ;

Le vendredi, Dr Devois (électro-radiothérapie) ;

Le samedi, *présentation de malades* avec exposé clinique et thérapeutique et discussion critique.

Hôpital Saint-Louis. — Un cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau sera fait, du 9 janvier au 28 février 1933, par M. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. Gastou, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Lafourcade, L. Périn, assistants de l'hôpital Saint-Louis, et E. Rivalier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le lundi 9 janvier 1933, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS. — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. Milian). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. Milian). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. Rivalier). — 4e leçon. — Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. Périn). — 5e leçon : Spongiose, Vésicules. Œdème intracellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. Milian). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. Milian).

7e leçon. — Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Sclérose et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. Périn). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës. Erysipèle (M. Milian). — 10e, 11e et 12e leçons : La syphilis. Chancres. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. Milian).

13e 14e leçons : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian). — 15e leçon : Le chancre mou (M. Milian). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Lacourcade). — 17e leçon : Le psoriasis (M. Lafourcade). — 18e leçon : Le lichen plan (M. Périn).

19e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes directes avec et sans coloration (M. Rivalier). — 20e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. Rivalier). — 21e leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. Rivalier). — 22e leçon : Les épidermophyties. Ertyrhasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. Rivalier). — 23e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. Gastou). — 24e leçon : Pelade et alopécies eu aires (M. Rivalier).

25e, 26e leçons : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 27e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. Périn). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales malignes. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn). — 29e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. Périn). — 30e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. Rivalier). — 31e leçon : La lèpre (M. Milian).

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Périn.

Hôpital Trousseau. — Tous les samedis, à 10 h. 30, à partir du 26 novembre 1932, M. Lesné reprendra les conférences de clinique et thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Laporte, Marquézy, Turpin, médecins des hôpitaux ; Baruk, médecin des asiles ; Mme Linossier-Ardoin, MM. Blamoutier, Robert Clément, Coffin, Mlle G. Dreyfus-Sée, MM. Héraux, Lambling, Clément Launay, Maurice Lévy et Lièvre, anciens internes du service.

Conférences d'anatomie descriptive. — M. E. OLIVIER, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 5 janvier 1933, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Anatomie du système nerveux central et du bassin.

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (Hôpital Cochin). — M. le professeur Paul MATHIEU fera la leçon inaugurale de son cours, le vendredi 16 décembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis et vendredis matin suivants à l'hôpital Cochin.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale ;

Vendredi à 10 heures : Leçon à la Policlinique ;

Mardi, jeudi : Opérations ;

Mercredi, samedi : Visite des salles.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Démonstrations pratiques d'appareillage par M. R. Ducroquet, assistant d'orthopédie. Leçons sur la chirurgie des affections des membres et de la colonne vertébrale par MM. les chefs de clinique, les lundis, mercredis et samedis à 9 h. 30.

En autocar au Maroc. — La Société de Voyages internationaux. *Mon. Voyage*, 9, rue de la Michodière, Paris (IIe) (Téléphone : Louvre 08-90), orgaise des voyages en autocar au Maroc en passant par l'Espagne, au prix

NOUVELLES *(Suite)*

de 2 800 francs, tout compris, de Paris à Paris. Les intéressés voudront bien demander le programme détaillé à *Mon Voyage*.

Le Congrès de gynécologie 1933. — Par exception, le Congrès annuel de la Société française de gynécologie ne se tiendra pas à Paris en 1933.

Désirant confirmer l'importance de la cure thermale en thérapeutique gynécologique, la Société française de gynécologie a décidé de réunir son Congrès à Luxeuil pendant les fêtes de la Pentecôte (3, 4 et 5 juin). La présidence d'honneur a été confiée à M. le professeur agrégé Keiffer, de Bruxelles, et la présidence à M. le Dr L.-M. Pierra, de Luxeuil, vice-président de la Société française de gynécologie.

Ordre du jour : La douleur en gynécologie. Sept rapports seront présentés par MM. A. Binet (Nancy), Cotte (Lyon), Douay et Xavier Colaneri (Paris), Keiffer (Bruxelles), Félix et Gaëtan Jayle (Paris), Laffont (Alger), Pierra (Luxeuil), Zimmern, Pecker et Louis Netter (Paris).

Les congressistes seront logés gracieusement dans les hôtels de la station; de magnifiques réceptions et des excursions dans les Vosges sont prévues.

Une réduction de 50 p. 100 sera accordée par les chemins de fer français.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 6 *Décembre*. — M. RENÉ BRUN, Contribution à l'étude des ruptures sus-rotuliennes du tendon du quadriceps et à leur traitement cuirurgical.

7 *Décembre*. — Mlle SUZANNE PINEL, Application systématique du lipogon et du protargol dans certaines complications de la blennorragie. — M. RENAUDIN, L'identification des vibrions cholériques et la prophylaxie du choléra.

9 *Décembre*. — M. REGARD (Édouard), Technique opératoire et résultats post-opératoires de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale.

10 *Décembre*. — M. NICOLAS, Les abcès du poumon dans l'enfance. — M. ROLLET, Contribution à l'étude du bleu de trypane dans le traitement de quelques affections nerveuses et spécialement du syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

Thèse vétérinaire. — 7 *Décembre*. — M. OUTREBON, L'aloès dans le traitement de l'indigestion par surcharge du rumen et du feuillet chez les bovidés.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique : Accidents gravido-cardiaques.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures, M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai des candidatures aux places vacantes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie.

10 DÉCEMBRE. — *Paris*. Dernier délai d'inscription pour le concours pour une place de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

11 DÉCEMBRE. — *Lille*. Hôtel Delannoy. Banquet suivi de bal de l'Association amicale des anciens étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Amphithéâtre de l'Assistance publique, 10 heures. M. le Dr LESNÉ : Le diabète sucré chez l'enfant.

11 DÉCEMBRE. — *Limoges*. Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de physiologie de l'École de médecine de Limoges.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Obsessions. Perversions.

11 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Troubles spychiques du type schizophrénique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 11 heures. M. le Dr MARCHAL : Les souffles cardiaques diastoliques.

12 DÉCEMBRE. — *Lyon*. Concours de chef des travaux pour le 7e enseignement médecine à l'École vétérinaire de Lyon.

12 DÉCEMBRE. — *Marseille*. Hôtel-Dieu. Concours d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux de Marseille.

12 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 11 heures. M. le Dr GARNIER : La diphtérie du nourrisson.

13 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 11 heures. M. le Dr POUMAILLOUX : Rhumatisme articulaire aigu.

13 DÉCEMBRE. — *Paris*. Académie de médecine. Concours Vulfranc-Gerdy.

14 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 11 heures. M. le Dr FLANDIN : L'asthme.

14 DÉCEMBRE. — *Le Puy*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux du Puy.

14 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique propédeutique. Hôpital de la Charité, 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris*. Asile clinique, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Les hypotrophies du nourrisson et leur traitement.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 11 heures. M. le Dr HORWITZ : Examen clinique d'un tabétique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique des maladies infectieuses, 10 h. 30. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Beaujon, 10 h. 30. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique chirurgicale, 11 h. 25. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 heures. M. le Dr BOHN : Le babeurre.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 heures. M. le Dr GOURNAY : L'hygiène du lait destiné au nourrisson.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr TARGOWLA : Etiologie générale et dépistage des anomalies.

15 DÉCEMBRE. — *Nancy.* Dernier délai des candidatures pour la chaire de chimie de la Faculté de pharmacie de Nancy.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 h. Leçon inaugurale du cours de chirurgie orthopédique de l'adulte par M. le professeur PAUL MATHIEU.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine. Clinique médicale, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : La médication salicylée.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 11 heures. M. le Dr TOURAINE : Syphilis primaire.

16 DÉCEMBRE. — *Melun.* Hôpital. Concours de l'internat en médecine de l'hôpital de Melun.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique des maladies nerveuses. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique gynécologique, hôpital Broca, 10 heures. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Bruxelles.* Séance annuelle du groupement belge d'études oto-neuro-oculistiques.

18 DÉCEMBRE. — *Angers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Angers.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Les dissociations schizotiques du type hystérique et psychasthénique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hallucinations.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux, 49, rue des Saints-Pères, 10 heures. M. le Dr RAMADIER : Traitement du vertige.

18 DÉCEMBRE. — *Caen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Caen.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Salle Gaveau, 8 h. 45. Soirée musicale pour les orphelins de la médecine.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en pharmacie des asiles de la Seine.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Quinze-Vingts, 9 heures : Concours pour une place de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. M. le Dr JULES GRAND : Bébés martyrs ; M. le Dr LEGRAIN : A travers la pensée de l'Extrême-Orient.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures Hygiène mentale, M. le Dr CEILLIER : Convulsions et épilepsie.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Thérapeutique du rhumatisme chronique.

25 DÉCEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin adjoint des sanatoriums publics (sanatorium de Trestrel).

NOUVELLES *(Suite)*

31 Décembre. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris (Dr Ch. Buizard, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 Décembre. — *Turin.* Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

7 Janvier. — *Villes d'Académies.* Académies. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du second degré.

CHRONIQUE DES LIVRES

La médecine et les médecins français au XVIIe siècle par J. Lévy-Valensi. 1 vol. de 668 pages avec 51 planches et 86 figures dans le texte, 100 francs. (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris*).

Dans la première phrase de son introduction, Lévy-Valensi accorde que l'histoire de la médecine est, avant tout, celle des doctrines. Je suis tout à fait de cet avis et je pense que, ainsi comprise, l'histoire de la médecine devrait faire partie de la haute culture de tout médecin, au même titre que la philosophie. Mais c'est là une étude austère et assez peu récréative, un véritable travail. Quand notre esprit a besoin de détente, une autre histoire est la bienvenue, plus modeste, mais plus aimable, l'histoire anecdotique des institutions, tant médicales que paramédicales, celle des médecins du passé, la peinture de leur caractère, le récit de leur vie et du rôle qu'ils ont joué dans les événements tragiques ou comiques de leur temps. Lévy-Valensi est assurément le médecin contemporain qui connaît le mieux le « grand siècle », ce qui ne veut pas dire que son intérêt se limitte à cette époque. Il a le respect de la documentation exacte et sincère et il ne ménage à l'acquérir ni son temps ni sa peine. Nul ne sait marier comme lui les grands souvenirs émouvants avec les épisodes légers ou burlesques. Il était donc l'homme qui devait écrire l'excellent livre qu'il vient de nous donner, et il nous confie qu'il l'a écrit « avec amour ».

Ce livre est divisé en quatre parties. La première traite de l'état de la science médicale en France au XVIIe siècle. Sa lecture n'est pas pour nous remplir d'orgueil, surtout quand elle nous fait, une fois de plus, toucher du doigt le misonéisme de nos pères et ce respect excessif de la tradition dont nous ne devions nous libérer qu'au cours du XIXe siècle.

La seconde partie concerne l'enseignement médical. Il est plein de détails intéressants sur la vie de l'ancienne Faculté de Paris et des autres institutions scientifiques, jardin royal, collège royal, bibliothèque, sans oublier les Facultés de province. Des dessins, des plans, des portraits illustrent abondamment cette étude. Il en est de même pour la troisième partie qui est consacrée à l'assistance publique aux malades et où est retracée à grands traits l'histoire de nos établissements hospitaliers, notamment de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital général. A noter une étude intéressante sur l'internement des aliénés au XVIIe siècle.

La quatrième partie a pour titre « les Praticiens ». En parlant des médecins, Lévy-Valensi les réhabilite, après d'autres, des sarcasmes de Molière. Puis viennent des chapitres sur les chirurgiens, les accoucheurs, les apothicaires et d'amusantes anecdotes sur les empiriques. Une série de biographies termine l'ouvrage, les unes brèves, d'autres plus étendues comme celles de Gui Patin et de Théophraste Renaudot, et surtout de Hamon et de Bourdelot qui reproduisent des conférences publiques faites par l'auteur. Ceux qui ont eu le privilège de les entendre retrouveront tout leur plaisir à les lire.

Il n'y aura d'ailleurs qu'une voix parmi les lecteurs pour remercier Lévy-Valensi de ce livre qui mêle si bien l'agréable à l'utile. *Utile dulci.*

A. Baudouin.

L'interférométrie en clinique, par A. Durupt, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 204 pages avec figures et graphiques dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 28 francs (*Gaston Doin et Ce, éditeurs, à Paris*).

Cette nouvelle méthode de diagnostic consiste à mettre en évidence les ferments de défense contenus dans le sang des malades, en utilisant un appareil d'optique de grande précision : l'interféromètre.

Sans qu'on puisse absolument identifier les ferments de défense aux anticorps, il est probable que les uns et les autres, concourant à la défense de l'organisme, se forment simultanément.

L'étude des réactions humorales sous les diverses formes du « séro-diagnostic » rend des services considérables dans la différenciation des infections. L'examen interférométrique du sang peut rendre les mêmes services dans la différenciation des tumeurs ou lésions viscérales, mais l'intérêt de cette étude du sérum ne se borne pas au diagnostic tumoral, elle est également précieuse dans l'étude du fonctionnement endocrinien.

Les glandes endocrines déterminent, en effet, la formation des ferments de défense, et la mesure de ceux-ci dans le sang montre laquelle, dans tout le système, est troublée dans son fonctionnement. Cette étude a permis des discriminations que la clinique était incapable de faire.

L'auteur, dans son livre, commence par exposer le principe de la méthode. Il la justifie ensuite scientifiquement, en donnant les réponses à toutes les objections qu'on a élevées contre elle. Il décrit ensuite les appareils de mesure et tout le matériel nécessaire, avant d'exposer dans ses détails la technique elle-même.

Enfin, il consacre la moitié du volume aux diverses applications cliniques dans tous les domaines, en s'appuyant sur les centaines de travaux étrangers qui ont été publiés sur ce sujet.

Tous ceux qui s'intéressent aux diagnostics biologiques ne peuvent plus ignorer les nouvelles possibilités de recherches que fournit l'interférométrie.

L'auteur a eu le mérite de réunir en un seul volume, non seulement un manuel de technique, mais un guide dans l'interprétation clinique des résultats.

VARIÉTÉS

LE "FAIT HYDROLOGIQUE" DANS L'HISTOIRE DES SCIENCES

Autour du Congrès de Vichy.

Les âges ont passé avec les hypothèses les plus séduisantes, mais l'énigme demeure.

Dr Deguiral.

A travers l'hydro-climatisme. Études et variétés. — Tel est le titre d'une fort élégante plaquette que M. le professeur Sellier, de la Faculté de médecine de Bordeaux, nous faisait, tout récemment, l'honneur de nous dédicacer. Au moment où M. le professeur Creyx devient le successeur de celui pour qui fut créée la première chaire d'hydrologie en France et à qui, dans une conférence « historique », donnée à Luchon en septembre 1932, il rendait, aux côtés de M. le Dr Audubert, un public hommage, il est bon de situer ses feuillets « qui témoignent d'un effort soutenu, non sans fruit, au cours de ces dernières vingt années ».

M. le professeur Sellier a donné, en collaboration régulière, au *Journal des Débats*, des chroniques touchant à l'histoire ancienne des eaux minérales. L'Hellade, l'Italie, la période gallo-romaine, les baigneries du moyen âge et les bains chez les Orientaux fixent, pour l'annaliste futur, des jalons qu'il ne sera pas sans intérêt de retenir et de suivre au moment voulu. Il y faudra bien du temps pour donner un travail analytique de l'évolution des idées en thérapeutique hydrominérale. Deguiral s'y est essayé avec un infini mérite. Sa thèse sera précieuse à consulter.

M. le professeur Sellier a voulu — et il doit en être félicité — consacrer à Théophile de Bordeu quelques lignes synthétiques sur cette haute figure du XVIIIe siècle, à laquelle le grand journaliste que fut François Helme voulait que soit élevée une statue.

« Bordeu, esprit neuf, plein de vues originales, mais s'attachant plus à séduire par la beauté de son langage et par ses aperçus ingénieux, qu'à convaincre par des faits et des démonstrations, conçut le système organique comme un composé d'une infinité de parties ou molécules élémentaires ayant chacune sa vie propre, sa manière d'agir, de sentir, de se mouvoir. Pour traduire sa pensée par une image qui frappât l'imagination, il comparait le corps humain à un essaim d'abeilles fixé à une branche d'arbre, chaque insecte étant à la fois partie indépendante et partie constituante d'un tout (1). »

(1) Extrait de *De l'influence des études histologiques sur les progrès de la médecine pratique*, par Jules Vignal (de Montpellier)

Francières il y a une trentaine d'années environ, Cornet de Pau, Henri Beraldi de Paris, nous-même avons étudié cette attachante personnalité. Lutteur dans toute la magnifique acception de ce terme, Bordeu, à vingt-quatre ans, écrivit ses fameuses *Lettres à Mme de Sorberio* où toute la doctrine du père se révèle sous le style magique du fils, de celui dont on a pu dire que, par sa plume, il a été « le Voltaire de la Médecine »... Epistolier, enseigneur de premier plan, consultant de haute lignée, d'un savoir encyclopédique, Théophile de Bordeu, médecin et philosophe, honore l'hydrologie française.

***

Et voici qu'à la suite de ce clinicien expérimentateur, le laboratoire et la clinique nous donnent des travaux qui ne tendent à rien moins qu'à percer l'énigme de nos eaux minérales.

A la suite de Billard, MM. Perrin et Cuénot (de Nancy), s'engagèrent sur le terrain du pouvoir anagotoxique des eaux minérales.

MM. Maurice Villaret et Justin-Besançon dans leur *Clinique et thérapeutique hydroclimatiques* marquent dans leur saisissant avant-propos *les origines et l'évolution de l'hydro-climatologie thérapeutique.*

A grands coups d'aile, ces deux auteurs sondent les siècles passés et les civilisations ensevelies sous les ruines. Et les indications très précises des eaux thermo-minérales sont spécifiées et les monuments de sortir de terre comme sous l'influence de ces nymphes et de ces naïades dont tous les poètes ont chanté la puissance merveilleuse. *La cure thermale se codifie.* Du XIVe au XVIe siècle, l'afflux des malades aux eaux va grandissant. La Renaissance favorise cet exode. Les grands voyageurs, Montaigne, Erasme entreprennent, pour leur santé, de longs et bien curieux voyages. Mais quelle source de documents pour l'historien ! Rois et reines, grandes dames et nobles seigneurs vont à Pougues, Vichy, Cauterets. Au XVIIe siècle, sous l'influence de Le Baillif, son médecin, Henri IV crée le poste de surintendant des eaux minérales. Mlle de Montpensier, plus tard Mme de Montespan, Mme de Sévigné, Mme de Maintenon illustrent Forges, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Barèges. Le XVIIIe siècle entre dans une période de criticisme qui aide la science. Au XIXe siècle, l'empereur Napoléon III « lance » Vichy, Biarritz, Saint-Sauveur, Luchon et Trouville. Les ouvrages se multiplient... 1912 : date mémorable, les Facultés de médecine vont être dotées de chaires d'Hydrologie et le professeur Sellier est le premier titulaire de celle de Bordeaux. Le

VARIÉTÉS (Suite)

professeur Villaret occupe celle de Paris et son assistant, M. Justin-Besançon, commence, avec son maître, de bien intéressantes recherches de laboratoire qui viennent compléter les leçons pratiques de créno-climatothérapie à l'hôpital. Une véritable émulation anime nos chaires françaises. Toulouse, où notre savant ami, le professeur Serr, succède au maître inégalé que fut le grand Garrigou, Montpellier, Lyon, Lille, Nancy, Strasbourg, Marseille travaillent de tous côtés. Les Congrès internationaux se succèdent en rythme triennal. Les Journées hydro-minérales affirment la spécialisation des stations. Celles de Vittel, de Barèges, du Mont-Dore... celles de Vichy, consacrées à la lithiase biliaire, celles de La Bourboule (en préparation pour 1933) font se rencontrer maîtres et praticiens avec les hydrologues. De haute lutte, l'hydro-climatologie a conquis sa place au grand soleil de la clinique et de l'expérimentation.

***

Les maîtres de la chirurgie viennent de s'affronter autour des séquelles de la cholécystectomie Hydrologues et cliniciens de médecine générale fixent le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire et marquent, d'une nouvelle étape, l'étude du foie lithiasique.

Dans ces grandes assises, *on se lime la cervelle*, et de l'accouplement du laboratoire et de la clinique naîtra la science de demain.

***

Essai sur la documentation hydro-climatique. — Combien il importe donc au premier chef d'avoir, sous la main, une documentation qui puisse permettre la recherche raisonnée du mémoire, du travail, de la note, qui donnera le renseignement nécessaire aux études, à ces études aussi complexes où la physico-chimie s'unit à la géologie, à l'examen du malade, à la biologie générale. On a pu écrire que la science hydro-climatologique comprenait le *de omni re scibili* des anciens Pic de la Mirandole...

Combien nous devons donc remercier M. Gilbert Aboulker de nous avoir présenté, sous l'égide de M. le professeur Maurice Villaret, les richesses de la bibliothèque Landouzy où nous-même avons si souvent puisé ! On ne sait pas assez que dans le laboratoire du professeur d'hydrologie de la Faculté de Paris, dans le bâtiment qui conduit à l'École pratique, se trouve un organisme : la *bibliothèque Landouzy*, dont le catalogue sur fiches permet de travailler de façon rapide et sûre et agréable (*tuto, cito et jucunde*) et d'obtenir la documentation nécessaire.

Tour à tour, M. Aboulker étudie pour nous le rôle de la documentation dans l'histoire générale de l'hydro-climatologie thérapeutique, de son but et de son utilité. « *Cette œuvre, dont l'intérêt scientifique, humanitaire et national ne peut échapper à personne, est donc appelée à prendre une extension de plus en plus importante.* »

CONCLUSION

Nous l'empruntons au Dr Deguiral de Toulouse : « *Un FAIT domine tout le débat et rend à l'avance tout scepticisme ridicule. Alors que les théories les plus diverses ont joui d'un crédit passager, la foi en la vertu des eaux minérales s'est affirmée dès les premiers âges de l'humanité et se confirme à travers l'histoire. Cette foi a eu des modalités diverses... Mais cette foi est demeurée et, là, est le point capital.* »

Dr Moliněry (de Luchon).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Vichy, 19-22 septembre 1932.

II. — Section de chirurgie.

Résumé des recherches faites dans ma clinique sur la cholélithiase : Iwao Matsuo (Japon).

La cholélithiase au Japon se distingue par les faits suivants :

Les calculs pigmentaires sont quatre fois plus fréquents que les calculs cholestériniques.

Les calculs du cholédoque sont aussi fréquents que ceux de la vésicule.

Dans 18 p. 100 des cas, on observe de la lithiase intra-hépatique.

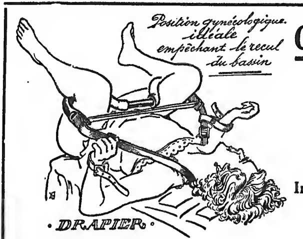
L'auteur apporte un tableau anatomo-clinique complet de la lithiase intrahépatique : notons le peu de douleurs — sauf en cas de siège cortical, subictère suivi de fièvre, invisibilité aux rayons X, absence du signe de Mackenzie.

Il résume ses travaux expérimentaux sur la production chez le lapin, par avitaminose A, des calculs intra-hépatiques en dehors de toute stase et de toute infection avec hypercholestérinémie et hypercalcémie.

La couleur verte de la bile retirée par tubage est due à la présence d'oxydases d'origine inflammatoire.

Les solutions aqueuses de cholestérol et de bilirubine tendent à se précipiter quand le *p*H devient acide, par addition de calcium et magnésium, par adjonction de protéines ; les sels choliques ont une action empêchante. On trouve, en effet, en cas de cholélithiase, une bile


EXIGER LA MARQUE DE FABRIQUE
ALUS ET SCIENTI


Position gynécologique idéale empêchant le recul du bassin
DRAPIER

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

acide, pauvre en sels choliques ; la bile des lapins carencés devient acide et renferme un excès de chaux.

Sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire : JACOBOVICI (Cluj).

L'auteur tire de son expérience de la chirurgie des voies biliaires, les conclusions suivantes :

1° Élargir les indications opératoires ;

2° Intervenir le plus tôt possible dans les cas compliqués ;

3° Simplifier la technique par incision médiane ou paramédiane, mucoclase de Pribram ; drainage aussi réduit que possible ;

4° La temporisation dans les complications septiques ou obstructives.

Cholécystostomie ou cholécystectomie dans les affections hépato-pancréatico-biliaires : B. DESPLAS et J. MEILLÈRE (Paris).

Bien souvent, la cholécystostomie est préférable à la cholécystectomie dans la lithiase biliaire, habituellement accompagnée de lésions des voies biliaires principales et de la cellule hépatique. La cholécystostomie traite à la fois ces différentes lésions, en faisant cesser la stase biliaire et en réalisant un drainage biliaire et hépatique ; de plus, elle conserve un organe pouvant permettre le rétablissement du cycle hépato-intestinal de la bile, en cas de rétrécissement ultérieur des voies biliaires. De même, elle permet le traitement des états de dyshépatie (bile noire), de l'angiocholite, des pancréatites chroniques.

Les auteurs préconisent leur procédé de cholécystostomie de dérivation par invagination sur sonde, qui évite les ulcérations de la peau et peut être maintenu fort longtemps sans altérer l'état général.

Indication opératoire et perfectionnement dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire : B.-O. PRIBRAM (Berlin).

Pour éviter les difficultés de la repéritonisation du lit vésiculaire dans les cas où la cholécystectomie sous-séreuse est impossible, l'auteur conseille une intervention (mucoclase), dont voici les temps successifs : aspiration du contenu vésiculaire, lavage au Rivanol, ouverture du cholécyste et ablation des calculs, ligature du cystique, carbonisation de la muqueuse avec la sonde électrique, suture des tissus. On n'est pas, de la sorte, obligé de drainer.

Il convient d'étendre l'indication du drainage du cholédoque à tous les cas où existent une hépatite ou une pancréatite.

L'auteur apporte enfin des observations avec documents radiologiques, qui montrent que des calculs enclavés dans la papille ont pu être expulsés par l'installation dans le cholédoque, grâce à une sonde introduite par l'orifice de cholécystostomie, d'un mélange d'éther et de paraffine.

Les fausses lithiases biliaires : ARMANDO NARCISO (Lisbonne).

Quand un malade se présente au médecin consultant avec des symptômes de lithiase biliaire, il ne faut pas savoir seulement si, en vérité, il y a lithiase biliaire ou si elle n'existe pas, il faut aussi s'informer s'il s'agit ou non de cholécystite ou d'angiocholite chroniques.

Mais si nous excluons l'obstruction des canaux, ce qu'il y a de plus important dans la clinique hydrologique et chirurgicale, c'est d'évaluer l'acuité ou la chronicité de l'affection biliaire, son degré de bénignité ou de malignité et l'intensité de l'insuffisance hépatique. La présence de calculs n'est pas indispensable pour que le syndrome biliaire se présente avec tous ses symptômes. Il est prouvé aujourd'hui que bien souvent la colique ne dépend pas seulement du calcul. Il faut donc fixer notre attention sur beaucoup d'autres facteurs de pathologie biliaire, aussi importants et même davantage que le calcul, au point de vue clinique et de la thérapeutique.

Un cas intéressant de lithiase biliaire qui produit un pseudo-kyste pancréatique : ANDREA DORRONSOVO (Huelva, Espagne).

Il s'agit d'une malade qui, après plusieurs crises de cholécystite, est opérée d'urgence de cholécystostomie ; quand la fièvre et l'ictère eurent disparu, on fit cholécystostomie avec cholédocotomie, pour extraire un calcul du cholédoque. On remarque alors une tumeur rétro-gastrique ; analyse des urines, détermination des unités diastasiques ; diagnostic : pseudo-kyste du pancréas à marsupialiser à travers l'épiploon gastro-hépatique ; après deux jours, crise aiguë d'appendicite gangreneuse ; appendicectomie. La bouche de marsupialisation se ferme au bout de treize mois, en suivant un régime anti-diabétique et en prenant pendant toute la maladie de l'eau de Vichy.

Indications dans le traitement de la lithiase biliaire : ÉT. CUKOR (Budapest).

L'auteur précise la part du traitement chirurgical et du traitement médical dans la lithiase biliaire.

Pour les cholécystites non lithiasiques, l'auteur insiste sur la nécessité de traiter le foyer d'origine.

Les récidives douloureuses sont observées en cas d'intervention trop tardive.

Indications et résultats du traitement chirurgical de la lithiase de la voie biliaire principale : VILLARD (Lyon).

Il existe deux variétés de lithiase de la voie biliaire principale : les *calculs de transit*, constitués par des calculs évacués de la vésicule et migrant vers le duodénum : ceux-ci ne donnentque des accidents cholédociens passagers ; et les *calculs sédentaires*, séjournant à demeure dans l'hépatocholédoque, venus soit longtemps auparavant de la vésicule, soit autochtones, formés dans les canaux biliaires. Les calculs sédentaires réalisent la véritable lithiase du cholédoque. Ils constituent un danger vital grave et nécessitent l'intervention en raison des douleurs, de la fièvre et de l'ictère. L'opération est sérieuse du fait de l'état de dépression des malades. J'ai pratiqué 252 cholédochotomies pour lithiase avec drainage de l'hépatique et cholécystectomies le plus souvent. Le pourcentage de guérisons qui, jusqu'en 1925, était seulement de 67 p. 100, est monté dans ces dernières années à 75 p. 100 et même 78 p. 100 chez mes opérés de ville. Dans les cas très graves, je n'ai pas associé la cholécystectomie à la cholédochotomie ; les guérisons ont été de 80 p. 100, et cependant il s'agissait des formes les plus sévères. Malgré une mortalité encore élevée, les résultats obtenus sont à retenir, car la plupart des opérés étaient, au moment de l'intervention, dans une

situation désespérée. Lorsque le diagnostic de calcul sédentaire est posé, il y a gros intérêt à opérer le plus tôt possible.

Quelques réserves à propos des indications opératoires dans la lithiase biliaire : MOURIQUAND (Vichy).

L'auteur pense que la lithiase biliaire est particulièrement douloureuse chez les malades ayant au préalable subi une hystérectomie.

Les suites opératoires sont particulièrement médiocres dans ces cas. Les récidives douloureuses sont peut-être le fait de la cellulite. C'est pourquoi l'auteur conseille de réduire les interventions au minimum.

Sur deux symptômes des cholécystites chroniques : CHARLES BUIZARD (Paris).

Le diagnostic des cholécystites chroniques, surtout non calculeuses, est souvent difficile.

L'auteur insiste sur deux signes qui ont pour lui une grande importance :

1° Etat subfébrile continu ; la température du matin étant au-dessus de 37°,5, 37°,8 et même 38° ; la courbe se présentant suivant les types différents que l'auteur décrit.

2° Douleurs lombaires, et, dans la majorité des cas uniquement douleur lombaire droite. Celle-ci est un signe qui doit attirer l'attention du côté de la vésicule biliaire, en dehors de tout autre symptôme net. Elle se localise dans la masse musculaire sacro-lombaire (qui est contracturée) en des points précis : l'un supérieur, au-dessus des côtes ; l'autre inférieur, plus fréquent vers le bord externe des muscles lombo-sacrés, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette douleur peut présenter des paroxysmes au moment de la digestion, ou au cours d'une poussée aiguë de cholécystite. L'auteur a vu souvent disparaître cette douleur lombaire dès le soir même de la cholécystectomie.

A propos de quelques observations de chirurgie des voies biliaires accessoires. — Drainage et cholécystectomie. Technique opératoire ; discussion et déductions : V. PAUCHET et HIRSCHBERG (Paris).

Le drainage chirurgical vésiculaire est une opération remarquable, désintoxiquant le malade rapidement, mettant son estomac au repos, les voies biliaires, l'estomac et le pancréas, arrêtant les hémorragies gastriques non ulcéreuses.

C'est une opération simple, bénigne, à tenter avant la résection, si cette dernière n'est pas immédiatement indiquée.

Elle rend les plus grands services journellement dans un service chirurgical spécialisé. Mais le drainage ne doit être fait que sur une indication précise et c'est à dessein que nous nous sommes arrêtés longtemps au chapitre des généralités.

Drainer une vésicule parce qu'elle est grosse ou blanche, sans avoir épuisé au préalable toutes les ressources du traitement médical (drainage en particulier), sans être certain que les troubles sont à point de départ vésiculaire, c'est aller peut-être inutilement au-devant de complications biliaires.

C'est dire l'importance de lésions associées et la nécessité de commencer le traitement par elles, si la vésicule n'est pas cliniquement au premier plan.

Même remarque pour la résection lorsqu'on se décide à la pratiquer, soit d'emblée, soit secondairement à la suite du drainage.

Seules les vésicules qui, par leur présence, constituent un danger pour les voies biliaires, doivent être enlevées.

III. — Thérapeutique et Hydrologie.

Quels sont les cholécystectomisés que l'on voit actuellement à Vichy ? PAUL VAUTHEY et MAX VAUTHEY (Vichy).

Depuis un certain nombre d'années, les cholécystectomisés sont de plus en plus nombreux à Vichy. Les uns sont envoyés précocement, dès la première saison thermale qui suit l'opération ; les autres tardivement, après plusieurs années.

Parmi les premiers, l'on distingue ceux à qui la cure est prescrite pour combattre les états pathologiques secondaires à la lithiase (insuffisance hépatique, troubles gastro-intestinaux, hépatite de la lithiase démontrée récemment par Fiessinger, Garnier, Caroli), — ceux qui continuent à souffrir et qui viennent à Vichy pour traiter l'angiocholite, la péricholécystite, la péritonite sous-hépatique consécutives, — ceux enfin qui sont envoyés à titre préventif pour empêcher le retour des accidents antérieurs.

Parmi les seconds, l'on observe ceux qui ont obtenu, par l'opération, une amélioration locale et générale telle qu'ils se sont considérés comme guéris et qui, pour diverses raisons, ont repoussé toute cure thermale, ont négligé toutes précautions élémentaires d'hygiène générale, tout régime alimentaire, tous soins médicamenteux. Ils ont laissé évoluer à nouveau les affections qui étaient à l'origine de leur syndrome hépato-biliaire et ont vu reparaître plus ou moins rapidement toute la série des manifestations antérieures. Ainsi, de nombreux cholécystectomisés sont utilement envoyés à Vichy déjà dès la première saison thermale qui suit l'opération pour obtenir une guérison définitive et se mettre à l'abri du retour possible des troubles antérieurs.

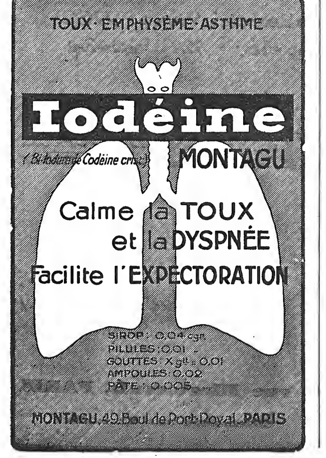
Le traitement de la lithiase biliaire et des angiocholécystites par le jeûne : LUCIEN-REGMUNT SOBIESZCZANSKI (Varsovie).

Comme cure dans la lithiase biliaire et les angiocholécystites, l'auteur a employé une alimentation restreinte hydrocarbonique avec de courtes périodes de jeûne avec purge, se basant sur des travaux expérimentaux. Le jeûne fut prescrit sous forme de cure hydrique : 1l,2, 1l,5 de liquide (eau, thé, tisane, etc.) par jour en cinq à six repas pendant un, deux, trois jours de suite. Le jeûne agit comme cholagogue et cholérétique.

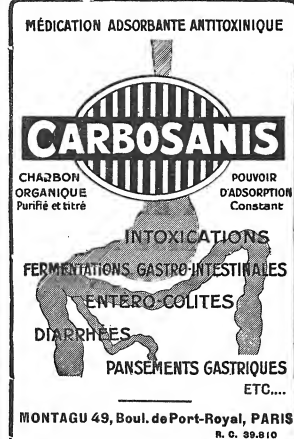
L'auteur présente 12 cas de malades (5 hommes et 7 femmes) qui furent traités par cette méthode avec amélioration ; en 2 cas, on obtint l'évacuation des calculs. En résumé, les petites concrétions des voies biliaires peuvent disparaître grâce à la cure de jeûne répétée.

Le traitement de la lithiase biliaire à Vittel : HENRI PAILLARD et ROBERT CASTÉRAN (Vittel).

Les eaux de Vittel ont une action élective sur la fonction biliaire du foie. Expérimentalement et cliniquement, on constate sous leur action un véritable flux biliaire. Elles agissent en outre sur le terrain même de la cholé-



TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
(Bi-Iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr.
PILULES : 0,01
GOUTTES : X gtt. = 0,01
AMPOULES : 0,02
PÂTE : 0,005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS



MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTERO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

lithiase. En modifiant la cholestérinémie, elles préviennent ou retardent les lithopexies cholestériniques et s'adressent également à la pléthore souvent associée.

Elles sont donc plus particulièrement indiquées chez les lithiasiques pléthoriques, chez les bilithiasiques, chez les sujets à la fois goutteux et lithiasiques et chez ceux qui, enfin, du fait de la grande irritabilité vésiculaire, supportent mal les eaux bicarbonatées sodiques.

Action de la cure de Vichy sur la formule d'Arneth chez les lithiasiques biliaires : MAX VAUTHEY (Vichy).

Au cours de la cure de Vichy, chez des lithiasiques biliaires, qui l'ont très bien supportée et en ont retiré un grand profit, la formule d'Arneth (pourcentage dans le sang des leucocytes neutrophiles à 1, 2, 3, 4, 5 noyaux et plus) a présenté des modifications suivant un rythme et des phases alternantes caractéristiques.

Le rapport granulocytaire $\frac{\text{polys 1-2 noyaux} \times 100}{\text{polys 4-5 noyaux}}$ traduit fidèlement l'allure de la formule d'Arneth : il augmente quand la formule est déviée vers la gauche ; il diminue quand elle est déviée vers la droite. Or, ce rapport augmente du premier au cinquième jour de cure, diminue du cinquième au dixième, augmente de nouveau quelque peu du dixième au quinzième et diminue définitivement du quinzième au vingtième jour de cure.

Donc, évolution finale de la formule d'Arneth vers la droite, après deux phases temporaires de déviation vers la gauche au cinquième et quinzième jour de cure.

Il semble y avoir parallélisme et concordance entre l'état clinique du malade et la modification de la formule d'Arneth, les variations vers la gauche révélant ou annonçant, dans les cas observés, une phase de légers malaises, les variations vers la droite révélant ou annonçant une phase de bien-être ou d'amélioration.

Les cataplasmes de boue hydrominérale de Châtelguyon dans le traitement de la lithiase biliaire : BALME (Châtelguyon).

Les cataplasmes de boue, chauffés entre 40 et 50°, suivant prescription, et appliqués humides sur la région hépatique, durant vingt à trente minutes, répondent à trois indications spéciales de la lithiase hépato-vésiculaire, en dehors des crises expulsives.

Elle est directement sédative. Elle est, de plus, antispasmodique et corrige l'hypertonicité première qui est la première réaction motrice du traitement désinfectant et cholagogue de Châtelguyon.

Action de quelques eaux minérales de Roumanie sur la vésicule biliaire : C. TUDORAUN, D. HERESCU, M. VENESCU et T. VARZARU (Roumanie).

Les recherches se rapportent à quelques eaux minérales roumaines (Slanic, Boresc, Valcele, Bodoc et Malnas) réputées pour le traitement de la *lithiase biliaire*.

1° Il résulte de ces recherches que les eaux de Slanic, Boresc et Valcele ont une action cholécystokinétique, tandis que les eaux de Bodoc et de Malnas ont une action de repos sur le cholécyste.

2° De plus, les eaux de Slanic augmentent le volume de la bile, elles améliorent la fonction de concentration du cholécyste et diminuent la viscosité biliaire.

Action de l'eau de Vichy sur les sécrétions biliaires : E.-M. COCIASU (Roumanie).

Les analyses pratiques montrent que l'eau minérale de Vichy-Célestins exportée est modifiée dans sa composition seulement par la perte de la moitié de son acide carbonique. Elle conserve néanmoins ses vertus thérapeutiques (action cholérétique et bile plus fluide). Les auteurs en apportent la démonstration expérimentale.

Sur le traitement hydrominéral de la lithiase biliaire : G. BALTACÉANO (Roumanie).

Excepté quelques eaux minérales alcalines, prises au griffon, et quelques autres chloro-magnésiennes, les eaux minérales peuvent être considérées parmi les agents thérapeutiques qui exercent une action de repos sur les voies biliaires et améliorent les troubles fonctionnels du foie. La propriété cholagogue de quelques sources, mise en évidence surtout par l'expérimentation, sera utilisée dans les cas qui nécessitent une excitation de cette fonction. Dans la majorité des autres cas, l'indication principale pour cette cure hydrominérale sera donnée par l'état de l'estomac, du duodénum, du gros intestin et aussi par l'état général de l'organisme.

Étude expérimentale de l'action cholagogue des eaux sulfatées sodiques : HANS SCHMID (Tarasp).

Les eaux sulfatées sodiques de Karlsbad et de Tarasp (Suisse) injectées dans le duodénum provoquent une réaction cholagogue nette suivie souvent d'une ou même de deux reprises. La bile recueillie n'est jamais une vraie bile vésiculaire comme on l'obtient par l'introduction d'huile d'olive. L'action cholagogue des eaux sulfatées se borne donc plus ou moins aux canaux biliaires à l'exception de la vésicule. Par contre, il paraît probable qu'elle se combine avec un certain effet cholérétique.

Épreuve clinique avec l'eau minérale de Vrejci dans la lithiase biliaire : ANTITCH et RUBENOVITCH (Béograd).

Les auteurs exposent leurs expériences cliniques avec une eau minérale de Yougoslavie (Vrejci), du type de l'eau de Vichy. De ces expériences ils tirent les conclusions suivantes : amélioration de l'infection des canaux biliaires, variations irrégulières du taux de la cholestérinémie et de la bilirubinémie, diminution inconstante de la réserve alcaline du sang, augmentation de la quantité des différentes biles obtenues par le tube d'Einhorn, variation des taux de la bilirubine et de la cholestérine contenues dans la bile, amélioration de la fonction glycogénique du foie prouvée par l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire provoquée, diminution du volume du foie et de la vésicule biliaire, observée cliniquement.

Le traitement de la lithiase biliaire en Roumanie par les eaux minérales de Slanic (Moldova) : EUGÈNE SPIRT (Bucarest).

1° La lithiase biliaire est traitée avec succès en Roumanie par les sources minérales Slanic-Moldova.

2° Les sources guérissantes sont : les n°s 3 et 1 *bis*.

3° L'action salutaire est due à la diminution de la quantité de bile et à la propriété qu'elles ont de rendre celle-ci plus fluide ; elles exercent donc une action de repos sur le foie et sur les voies biliaires.

4° Il faut toujours tenir compte de l'état rénal pour indiquer le traitement favorable.

L'auteur montre l'action fluidifiante de la bile par la source hydrominérale de Slanic (Moldova).

Le traitement de la lithiase biliaire à la station hydrominérale Olănesti (Roumanie) : BUZAGIU (Bucarest).

Pendant dix ans, j'ai eu en consultation, à la station

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'Olănesti, 291 cas de lithiase biliaire. Chez certains de ces malades, on a découvert qu'avant la lithiase biliaire ils avaient eu une colibacillose ; n'étant pas soignée celle-ci avait donné plus tard une lithiase biliaire.

Mes malades atteints de lithiase biliaire ont été traités avec les eaux minérales suivantes d'Olănesti : nº 14, bicarbonatée-sulfatée-calcique ; nº 5, chlorurée-alcalino-sulfurée, et nº 24, oligométallique, avec une grande puissance diurétique, chlorurée-alcalino-sulfurée.

Ces eaux diminuent le cholestérol dans le sang des malades ; elles ont une influence sur le processus inflammatoire de la vésicule, font augmenter le calcium du sang, aidant à l'équilibre vago-sympathique, et, par une cure de diurèse, on obtient un lavage et un nettoyage.

Newer synthetic drugs in the medical treatment of cholecystitis and cholelithiasis : Samuel Weiss (New-York).

Dans le traitement de la cholécystite et la cholélithiase, il faut avoir des médicaments qui soient en même temps antiseptiques et cholagogues. Parmi les nombreux médicaments proposés, le professeur Weiss, de New-York, a obtenu les meilleurs résultats avec boldine, choleval, cholotonon, cylotropin, décholin, décholin-sodium, gallestol, gallophysin, ictérosan, trypaflavine, etc.

Les observations cliniques présentées montrent une amélioration des malades après l'emploi du choleval, ainsi qu'en témoigne la diminution de la leucocytose concomitante avec l'amélioration clinique.

Sur un nouvel antiseptique de synthèse. Son action bactéricide sur le terrain entéro-hépatique : Luis Gaucher.

L'auteur présente un composé synthétique nouveau : le chlorhydrate de méthyl-oxyquinoléine (sel α), qu'il associe au chlorhydrate d'ortho-oxyquinoléine (sel β). Le premier est moins soluble que le second, s'élimine aussi moins rapidement et il est destiné à agir tout particulièrement sur le cholécyste, tandis que le sel β se porte rapidement sur l'arbre urinaire.

Les résultats du traitement *per os* seraient des plus nets. Les phénomènes vésicaux ou cholécystiques s'atténuent souvent de façon très rapide. Les urines s'éclaircissent et la pyurie disparaît, tandis que l'état général s'améliore par suite de l'atténuation microbienne.

L'huile d'olive et l'acide oléique dans la lithiase biliaire : Pierre Girard (Paris).

L'auteur considère l'acide oléique comme le principe actif de l'huile d'olive ; cet acide s'y trouvant en quantité très faible (3 p. 100), il conseille de l'utiliser isolé à la dose de 1gr,50 par jour, la première semaine ; deux fois cette dose, les semaines suivantes.

L'auteur rapporte à l'action dissolvante de l'acide oléique sur le calcul de cholestérine les résultats cliniques qu'il a obtenus chez 54 lithiasiques à grosse vésicule. Il conseille de prolonger le traitement jusqu'à résultat complet : celui-ci pouvant n'être obtenu qu'après un mois ou deux.

La cure de Vichy dans la lithiase biliaire : Roger Glénard (Vichy).

La cure de Vichy occupe une place importante dans le traitement de la lithiase biliaire.

Tout d'abord, bien des cas de coliques hépatiques ne relèvent pas de cette maladie. Un tableau clinique analogue peut se rencontrer dans l'angiocholite, la cholécystite, les ptoses viscérales, certaines affections protéiniques ou gastro-intestinales, et la cure trouve dans ces fausses lithiases de précieuses indications.

D'autres fois, il s'agit seulement de prélithiase, avec sable ou boue biliaire dans la vésicule. L'eau de Vichy augmente la sécrétion de la bile, la fluidifie, l'antiseptise ; elle calme l'irritabilité vésiculaire et améliore le fonctionnement du foie. Là encore, elle peut aboutir au plus franc succès.

S'il s'agit d'un calcul vrai, une cure d'épreuve doucement poursuivie, et renouvelée au besoin, réussira souvent à rendre la vésicule plus tolérante et à enrayer l'évolution de la lithiase ; dans le cas où l'intervention apparaîtrait cependant nécessaire, l'appareil hépato-biliaire serait mieux préparé pour supporter la toxicité de l'anesthésie.

Après l'opération, la cure reste indiquée pour en conjurer certaines séquelles et obtenir la guérison du foie si constamment atteint.

La cure hydrominérale précoce des troubles fonctionnels du foie est le meilleur traitement préventif de la lithiase biliaire.

Recherches sur la courbe de neutralisation de l'eau de Vichy (Source de l'Hôpital). Applications thérapeutiques : Paul Blum (Strasbourg).

Paul Blum expose les recherches faites à l'Institut d'hydrologie thérapeutique de la Faculté de médecine de Strasbourg sur la courbe de neutralisation des eaux de Vichy (Source de l'Hôpital) et indique les applications thérapeutiques qui découlent de ce travail dont le but est de prévoir les modifications que subit l'eau minérale au cours de son transit dans le tube digestif.

Les modifications de *p*H que lui imposent le suc gastrique, la bile, le suc pancréatique, etc., entraînent des sorties de phase qu'il est intéressant de connaître. Mais l'eau minérale de la source de l'Hôpital se défend bien contre la variation de *p*H et se révèle comme possédant de forts tamponnements vers *p*H 6,5, *p*H 7,75 et *p*H 9,3. Les coefficients tampons ne sont pas les mêmes pour l'eau prise au griffon et l'eau embouteillée. D'autre part, il résulte de ces recherches qu'il y a intérêt à prendre à jeun l'eau minérale car, à ce moment, 100 grammes d'eau de Vichy amènent le contenu gastrique à un *p*H voisin de *p*H 6 qui correspond à une région de fort pouvoir tampon.

Action des eaux de Plombières sur les affections hépatobiliaires : Truelle (Plombières).

Le rapport de Desgeorges nous montre l'origine microbienne intestinale fréquente de la cholélithiase, syndrome entéro-hépatique de Desgeorges. Les lésions vésiculaires s'accompagnent souvent de périviscérites avant ou après l'intervention. De précédents rapports ont souligné l'importance des séquelles douloureuses de la cholécystectomie.

Le professeur Lœper a rappelé les bienfaits de certains corps radioactifs et de certaines eaux thermales radioactives dans ces périviscérites.

Plombières, par son action orthotrophique nette sur le système neuro-endocrinien, par son action sédative sur l'intestin et le sympathique abdominal, agira sur.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

l'origine même du mal ; la dominante étiologique étant souvent la lésion intestinale. Fréquemment, des cures associées Plombières-Vichy, Vichy-Plombières seront entreprises pour le plus grand bien des malades.

Quelques résultats diagnostiques et thérapeutiques des maladies biliaires : M. Stern (Karlsbad).

Les eaux de Karlsbad sont un choléréticum fort, mais un choagogum faible.

Effet des eaux de Karlsbad, des compresses de boue : un moyen pour l'expulsion mécanique de la bile.

La cure d'eau en combinaison avec les compresses de boue, d'après Naunyn-Umber ; en même temps, position élevée du bassin, exercices de respiration agissant comme irrigation sur les conduits biliaires et sur la vésicule biliaire.

La diathermie appliquée en position élevée du bassin, avec fort changement de l'électrode du ventre, un équivalent des lavages du duodénum.

Les « réactions de la cure » sont liées à des stases de la vésicule biliaire sans possibilité d'expulsion.

L'action cholagogue de Kinkilibah : Félix Ramond, P. Sizine et Dimitresco Popovici (Paris).

Le « Kinkilibah », plante banale de la famille des Combrétacées, ainsi appelée par les indigènes du Sénégal et du Soudan, jouit d'une grande faveur auprès de ces derniers pour le traitement de la plupart des affections tropicales. Les auteurs en ont étudié l'action expérimentale sur l'homme et le chien, en se servant de la décoction concentrée de feuilles administrée par la bouche, chez l'homme, et par la voie intraveineuse chez le chien. Ils ont obtenu les résultats suivants :

Action positive mais peu marquée sur l'évacuation de la bile B vésiculaire.

Action très nette sur les biles A et C dont la quantité augmente considérablement.

Décongestion rapide du foie et augmentation du volume des urines.

IV. — Section de radiologie.

Technique et valeur des différentes méthodes d'opacification de la vésicule biliaire : G. Maingot (Paris).

Entre les bromures et les dérivés iodés de la phénolphtaléine, c'est à ces derniers que revient l'avantage pour la cholécystographie. La question la plus importante est de savoir laquelle des deux méthodes, orale ou veineuse, est la meilleure. Par ingestion, la chose essentielle est la pureté et la facilité d'absorption du produit. Il ne semble pas que les précautions au moment de l'ingestion aient une grande valeur, mais la frugalité et l'abstention de cholagogues sont de rigueur entre l'ingestion et la radiographie. Il est bon de boire de l'eau de Vichy-Célestins entre le dernier repas et le premier cliché. Chez certains malades, une pilule d'opium est utile pour calmer les réactions intestinales. Le repos et l'absence de tout traumatisme abdominal sont des facteurs de bon remplissage vésiculaire.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Mais la voie veineuse est supérieure à la voie digestive. Elle confère une certaine valeur interprétative aux cholécystographies négatives. Elle limite au strict minimum la quantité de produit opacifiant mis en présence de l'organisme. Elle ne provoque pas sur le tube digestif le traumatisme déterminé par l'absorption orale. La valeur interprétative de la cholécystographie est fonction du nombre de films impressionnés et de la variété des positions et des incidences d'examen ; il faut faire beaucoup de clichés espacés sur un long intervalle et pris dans des positions diverses.

Technique de l'examen radiologique de la vésicule biliaire : R. LEDOUX-LEBARD et J. GARCIA-CALDERON (Paris).

Les auteurs considèrent que seul un examen radiologique long, minutieux et relativement complexe, est susceptible d'assurer un maximum de rendement, c'est-à-dire un diagnostic vraiment *complet* et dont le degré de probabilité se rapproche le plus possible de la certitude.

Ils estiment que cinq temps sont nécessaires pour une exploration complète qui devra comporter :

1° La radiographie préalable de la région vésiculaire, avant l'administration du tétraiode ;

2° La cholécystographie, *par voie orale*, précédée d'un examen radioscopique ;

3° L'étude de l'évacuation vésiculaire et, si possible, la cystico-cholédochographie ;

4° L'examen de l'estomac et du duodénum ;

5° L'examen du côlon droit et de la terminaison de l'iléon.

On n'aura plus recours qu'exceptionnellement — et à titre de contrôle — à l'injection intraveineuse, la voie buccale donnant pratiquement tout près de 100 p. 100 de succès, à condition d'employer non des pilules ou des capsules, mais un produit liquide.

Ils insistent sur la *nécessité* d'observer minutieusement toutes les prescriptions voulues si l'on veut pouvoir compter vraiment sur des résultats parfaits.

Technique et valeur des différentes méthodes d'opacification de la vésicule d'après une statistique de 1 174 cholécystographies : J. GARCIN (Marseille).

Technique. — La voie buccale, de valeur égale à la voie intraveineuse, est la plus simple et la plus anodine en cas d'intolérance.

Elle nous a donné 87 p. 100 de résultats positifs.

Valeur. — Les causes d'erreur proviennent presque toujours d'un défaut de technique ou d'un examen incomplet, mais des possibilités d'erreur existent : imprégnation normale d'une vésicule en état de cholécystite même calculeuse ; défaut d'imprégnation d'une vésicule normale, par suite d'une insuffisance hépatique.

Ces possibilités d'erreur sont réduites à un minimum par le contrôle du tubage duodénal, par l'étude des signes tirés de l'examen du carrefour, par l'épreuve de la valeur fonctionnelle de la vésicule. (L'épreuve de Graham et Cole est un examen de précision qui doit être

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

confié à des laboratoires spécialisés si l'on veut se prémunir contre les causes d'erreur.)

Méthode d'opacification de la vésicule : SANDSTROM (Stockholm).

L'auteur rend compte de sa méthode de cholécystographie *per os*, méthode qui a été élaborée en vue d'augmenter la fidélité du mode d'administration *per os*. Le sel de contraste est administré sous forme d'une émulsion, obtenue par précipitation de ce sel dans une eau minérale carbo-gazeuse. Le sel est prescrit à doses fractionnées, c'est-à-dire à doses faibles et répétées pendant deux jours. L'auteur insiste en outre sur la nécessité d'une technique radiologique rigoureuse, dans laquelle la radioscopie joue un rôle important. L'auteur estime que la fidélité de cette méthode est au moins équivalente à celle de la méthode intraveineuse.

Cholécystographie orale selon la méthode de Sandstrom : S. KADRNKA et L. SECHEHAY.

L'administration par la bouche du tétraiode sous forme colloïdale, par doses fractionnées (3 fois 1gr,5 à 2 grammes à douze heures d'intervalle), permet une bonne résorption du sel opaque dans l'intestin. La bile iodée n'étant éliminée par le foie que très lentement et l'apport du tétraiode étant prolongé, les chances de réplétion opaque et de réplétion maximum du cholécyste se trouvent accrues. Les auteurs étudient les résultats sur 60 examens : ils constatent que l'inconvénient de la durée de l'examen est contre-balancé par la simplicité de la préparation du malade; les troubles intestinaux sont très réduits et la crainte d'accidents observés lors des injections intraveineuses se trouve éliminée ; la réplétion opaque est plus constante et supérieure à celle qu'on obtient par la prise de dose unique *per os* et égale, sinon meilleure, à celle obtenue par injection intraveineuse. Projection des dispositifs.

Étude de la cholécystographie rapide : R. GILBERT et M. DEMOLE (Genève).

Analyse, d'après 19 cas personnels, de la cholécystographie accélérée, grâce à une hyperglycémie provoquée. On obtient des *cholécystographies positives* deux heures après l'injection intraveineuse du tétraiode ; images nettes, mais moins opaques qu'avec la méthode orale fractionnée. Si la *cholécystographie est négative*, et qu'on soupçonne une altération hépatique, il est indiqué de répéter les clichés : l'ombre vésiculaire apparaît parfois seulement au bout de six ou neuf heures (*cholécystographie « tardive »*).

Ce procédé permettrait par conséquent d'apprécier l'intensité des troubles fonctionnels hépatiques, si souvent associés aux cholécystopathies.

Importance de l'étude de l'évacuation de la vésicule biliaire : AUGUSTE NEMOURS (Paris).

L'auteur insiste sur la nécessité d'étudier l'évacuation de la vésicule biliaire après absorption d'un repas de Boyden.

Cette étude doit se faire par des films nombreux de cet organe.

(Suite à la page X).

Elle permet de ne pas considérer comme normales des vésicules dont le temps d'évacuation est considérablement allongé.

Nemours Auguste, d'après des vérifications opératoires, considère cette augmentation du temps de vidage comme un signe de cholécystite chronique.

L'étude de l'évacuation permet de déceler des calculs non visibles, lorsque le tétraiode est sous une trop grande épaisseur dans la vésicule.

Cet auteur n'interprète pas comme contractions les modifications de la vésicule pendant qu'elle se contracte, telles qu'on les voit sur les films en série.

Cette étude est enfin importante pour se rendre compte de l'état du cystique et des voies biliaires.

Radiodiagnostic de la cholécystite non lithiasique et de la péricholécystite : R. LEDOUX-LEBARD et J. GARCIA-CALDERON (Paris).

Dans la cholécystite non lithiasique et dans la péricholécystite, l'examen radiologique ne saurait, en raison de la nature même des processus, nous fournir, en général, la visualisation directe de la lésion qui constitue seule un signe de certitude absolue, certitude qui ne relève bien souvent d'ailleurs que du seul examen microscopique.

Du moins, nous apporte-t-il de très nombreuses présomptions parmi lesquelles nous considérons comme les plus importantes : 1° la visibilité anormale de la vésicule ; 2° l'absence d'opacification (dûment contrôlée) par le tétraiode ou, quand l'épreuve est au contraire positive, certaines déformations de l'ombre, des troubles de la contraction et de l'évacuation vésiculaires ; 3° les modifications de l'image du cystique et du cholédoque ; 4° enfin, certains signes indirects gastro-duodénaux.

Mais ces renseignements ne peuvent être recueillis et ne sauraient acquérir une valeur *réelle* qu'à l'aide d'une exploration longue, minutieuse et complexe au point de vue technique.

Leur valeur est inégale et parfois incertaine. Il convient de n'attribuer qu'une importance très relative aux données purement morphologiques ou topographiques. Une analyse serrée et une grande expérience sont indispensables à qui veut éviter de grossières erreurs.

Tels qu'ils sont, cependant, ces indices nous permettront le plus souvent, par leur groupement, par leur recoupement avec ceux que fournissent d'autres méthodes d'exploration et surtout par leur confrontation avec les données de la clinique, une appréciation exacte des lésions.

Étude de la motricité des vésicules lithiasiques : P. PORCHER et LAMY (Paris).

Devant la remarquable tolérance de certaines lithiases vésiculaires, les auteurs ont recherché si ces vésicules découvertes comme lithiasiques à la radiographie, sans signes cliniques, conservaient une motricité normale ou voisine de la normale.

Sur 17 cas examinés, dans 2 cas seulement la cholécystographie a pu être positive et, dans 1 cas, l'évacuation de la bile opaque s'est effectuée selon le mode normal.

Les auteurs rappellent à ce sujet les statistiques de Graham, Cole, Copher et Moore, qui sont tout à fait décevantes quant à l'obtention de cholécystographie positive dans les cas de lithiase.

Les auteurs insistent sur ce fait que les malades étudiés étaient bien plutôt des sujets présentant des calculs insoupçonnés cliniquement rentrant dans le cadre des cholélithiases « muettes » de Bérard et Mallet-Guy.

La recherche de la fonction motrice de la vésicule lithiasique est donc, dans l'état actuel des choses, assez difficile à réaliser du fait de l'inconstance de l'opacification vésiculaire, même dans des vésicules qui, physiologiquement, ne sont pas exclues.

L'étude radiologique de la colique hépatique est évidemment beaucoup plus simple, mais ne rentre donc pas dans le cadre de ce travail.

Possibilités, évolution et limitations du radiodiagnostic vésiculaire : R. LEDOUX-LEBARD (Paris).

Les progrès du radiodiagnostic clinique sont sous la dépendance étroite des progrès de la technique radiologique. Sans insister sur les détails de celle-ci, réglée par de nombreuses et intéressantes communications, rappelons seulement que le radiologiste doit avoir recours à une technique minutieuse et relativement complexe, s'il veut pouvoir donner au médecin et au chirurgien des renseignements offrant le maximum de sécurité, c'est-à-dire s'il veut — en fin de compte — rendre aux malades tous les services qu'ils sont en droit d'attendre de lui.

Ce sont des conditions physiques et essentiellement des « contrastes » dus à la perméabilité ou à la non-perméabilité des corps au rayonnement de Rœntgen qui déterminent les possibilités du radiodiagnostic biliaire. Mais, tandis que certaines images comme celles d'une ombre calculeuse indiscutable, par exemple, constituent une *visualisation directe* de la lésion, analogue, par exemple, à celle de la niche d'un ulcère de la petite courbure, et permettent, après élimination des causes d'erreur possibles, un *diagnostic de quasi-certitude*, il en est beaucoup d'autres qui ne sauraient être que des signes *tout à fait indirects* et qui comportent, par conséquent, presque toujours un *aléa de doute* assez considérable.

Malgré les progrès de la technique, malgré l'avènement de la cholécystographie qui nous permet aujourd'hui de visualiser avec certitude la vésicule (chaque fois qu'elle n'est pas exclue) après une simple ingestion orale de tétraiode, il en est encore ainsi pour la plupart des affections *non lithiasiques*.

L'auteur illustre ces données par une série de projections et rappelle que si la perfection technique est indispensable, l'analyse minutieuse et réfléchie, l'*interprétation raisonnée* d'images examinées *à loisir* ne l'est pas moins si nous voulons nous rapprocher graduellement d'un radiodiagnostic vésiculaire « 100 pour 100 » et ne laisser subsister qu'un minime facteur — d'ailleurs inévitable — de causes d'erreur à peu près imprévisibles.

Valeur des procédés radiologiques de localisation des calculs sous-hépatiques : G. MAINGOT (Paris).

Le pivot de la question est le diagnostic différentiel des calculs biliaires et des calculs urinaires. Les méthodes de localisation en profondeur ne sont pas sûres parce qu'elles opèrent une détermination géométrique et non un repérage anatomique. La stéréoscopie est très élégante, mais sans précision. L'étude du déplacement des ombres sur l'aire rénale, pendant la révolution respiratoire, a fait prendre des calculs urinaires pour des calculs biliaires et *vice versa*. La localisation des calculs du

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

cholédoque par rapport au duodénum injecté de substance opaque ou de gaz ne réussit que de temps en temps. Les insufflations abdominales comportent des risques et n'atteignent pas toujours le but. L'urétéro-pyélographie liquide ou gazeuse et la cholécystographie sont les meilleurs auxiliaires du diagnostic. La simplicité de la cholécystographie impose celle-ci dans tous les cas douteux.

A l'aide de ces moyens, il est généralement possible d'aboutir à la localisation anatomique des calculs sous-hépatiques, mais il y a des cas exceptionnels pour lesquels le diagnostic est impossible.

Du diagnostic des taches et particulièrement des ombres calculeuses de la région sous-hépatique : F. Lepennetier et R. Nadal, hôpital Saint-Louis (Paris).

Les auteurs étudient les divers moyens actuellement employés pour mettre en évidence et identifier les ombres calculeuses de la région sous-hépatique. Ils passent d'abord en revue les indications respectives de la radioscopie, de la radiographie simple sans préparation opacifiante et de la radiographie après préparation spéciale de contraste : par injection d'air ou par opacification (voies intraveineuse, *per os*, par lavement, par pyélographie rétrograde, etc.). Les ombres calculeuses sont ensuite décrites d'après leur forme, leur siège et les caractères pathognomoniques qui en provoquent souvent le diagnostic d'emblée. Enfin les auteurs indiquent par une série de cas cliniques-types la marche à suivre pour préciser le siège d'un calcul en se servant successivement de la cholécystographie, de la pyélographie ; étude critique des méthodes radiographiques donnant les indications du diagnostic différentiel avec les kystes calcifiés, hépatiques et pancréatiques, calculs pancréatiques, concrétions mésentériques, calcifications ganglionnaires, costales, surrénales, etc., etc.

Contribution à la localisation des images calculaires de la région sous-hépatique : Carnot et Dioclès.

Les auteurs exposent la méthode qu'ils utilisent à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris pour établir la discrimination entre les calculs biliaires, rénaux et les fausses images calculaires.

Par l'emploi simultané de la méthode de Graham avec l'ingestion de diagnothorine ils réalisent une duodéno-cholécystographie stéréoscopique, montrant à la fois les rapports anatomiques des calculs de la vésicule et du duodénum.

De nombreuses observations cliniques avec vérifications opératoires démontrent la précision de cette méthode.

Lithiase biliaire et perforation de la vésicule constatée à la radiographie : Cambies (Châtelguyon).

L'auteur projette les radiographies d'un cas intéressant de perforation de la vésicule : il s'agissait d'un lithiasique ayant trois calculs dans le fond de la vésicule et deux, plus petits, dans des adhérences développées entre l'angle colique droit et le fond de la vésicule.

L'opération permet de vérifier l'existence de cette perforation ; un fragment de calcul était enclavé dans la paroi vésiculaire.

Visualisation of the biliary system by fluorescence, following the intravenous injection of mercurochrome, or the direct injection of the dye into the gall bladder itself. An Animal Study : Chas. J. Sutro, M. D. and Michael S. Burman, M. D.

Les teintures d'éosine ou de mercurochrome, lorsqu'on les injecte dans la veine, sont rejetées rapidement par le système biliaire, fortement et promptement concentrées. Ces teintures deviennent fluorescentes et d'une teinte jaune-or, lorsqu'elles sont exposées aux actions de la lumière filtrée du rayon violet dont l'intensité spectrale la plus grande est de 366 millimicra. Dans l'abdomen ouvert, après une injection de l'une des teintures, soit intraveineuse, soit directe dans la vésicule biliaire et exposition aux actions de la lumière filtrée, la vésicule biliaire et les conduits apparaissent comme étant d'un jaune-or. Le système apparaît comme étant disséqué d'une manière anatomique.

Documents radiographiques sur la pathogénie de la colique hépatique : Petre Niculesco et Banuk (Iassy).

La pathogénie de la colique biliaire représente un problème qui n'est qu'incomplètement résolu.

Si la grande majorité des auteurs admettent une contraction de la vésicule, il y en a qui croient que la vésicule est distendue et augmentée. Basés sur les récents progrès de la technique radiographique des voies biliaires, nous avons pensé que c'est seulement l'emploi de ces procédés objectifs qui peut élucider la question. Dans les 2 cas que l'on présente, on a réussi à radiographier la vésicule avant, pendant et après la colique, pour préciser, comparativement, les modifications qu'elle subit. On a constaté, dans le premier cas, une contraction complète de la vésicule biliaire ; dans le deuxième cas, une contraction assez accentuée. Ces premiers documents radiologiques démontrent le bien-fondé de l'ancienne opinion classique de la colique.

De la nécessité d'un examen radiologique complet du tube digestif chez tout lithiasique biliaire ou considéré tel: R. Dillenseger (Vichy).

Cet examen se propose un triple but :

1° Rechercher les signes indirects de la cholécystite ;

2° Apprécier dans ses diverses modalités la répercussion, sur le fonctionnement de l'appareil digestif, d'une lithiase souvent à l'origine de désordres secondaires graves, exigeant une conduite et une thérapeutique spéciales ;

3° Dépister telles lésions évoluant à côté de la lithiase ou empruntant son masque.

Seule, une enquête radiologique étendue et minutieuse, heureusement complétée par la cholécystographie, oriente ou précise le diagnostic clinique.

Radiographies vésiculaires avant et après un traitement spécifique de la lithiase biliaire : Marcel Joly et Paul Hébrard (Paris).

L'ingurgitation d'une certaine drogue actuellement en vogue donne aux lithiasiques l'illusion qu'ils expulsent leurs calculs. Or, les concrétions qu'on retrouve dans les matières ne sont que des savons alcalins, et les calculs restent en place.

Les auteurs en montrent un exemple par des radiographies prises avant et après cette cure ; les calculs vésiculaires sont après absolument identiques comme forme, volume, emplacement, à ce qu'ils étaient avant.

La kéraffinothérapie adjuvant de la diathermie dans les



SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
A L'ARSENOBENZOL
LE MEILLEUR TRAITEMENT DE CONSOLIDATION
POUR
SPÉCIFIQUES
DOSAGE :
ADULTES 0 Gr. 10
ENFANTS 0 Gr. 03
NOURRISSONS 0 Gr. 01
Par boîtes de SIX
CONSTANTS DANS LEUR ACTION – INALTÉRABLES
GRÂCE A LEUR ENVELOPPE MÉTALLIQUE HERMÉTIQUE BREVETÉE S.G.D.G
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
TRAITEMENT D'ATTAQUE NOVARSENOBENZOL CORBIÈRE (914)
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, RUE DESRENAUDES, PARIS
PANTUTO · PARIS
R.C. Seine N° 158 539
TÉL. WAGRAM 37-64

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

cholécystites douloureuses : MARCEL JOLY (Paris).

Les kéraffines, mélanges de paraffine dure, résines et sels radioactifs, agissent comme la diathermie, à la fois par la chaleur et par les vibrations cellulaires (d'origine électronique au lieu d'électrique). On peut, sans le moindre danger de brûlure, les appliquer sur la peau à 60° au pinceau et même à 100° à l'aide d'un pulvérisateur spécial. Aucun procédé d'enveloppement humide, de cataplasme, ou d'emplâtre quelconque ne peut leur être comparé.

L'électropyrexie dans les affections hépato-vésiculaires : R. FRIEDMANN, A. HALPHEN, J. AUCLAIR (Paris).

Une diathermie un peu particulière est obtenue par l'emploi d'ondes courtes et présente comme avantages :

1° La suppression des contacts avec la peau ;

2° Un échauffement sélectif du tissu hépatique ;

3° La possibilité d'une action thermique profonde plus intense en créant une fièvre artificielle. De là son nom d'électropyrexie. Quoique très récente, cette méthode se montre extrêmement efficace dans les traitements hépato-vésiculaires et, en particulier, cholécystite lithiasique de séquelles de cholécystectomie, de cirrhoses hypertrophiques...

De nombreuses recherches sont en cours.

Quelques observations de traitement d'affections du carrefour sous-hépatique par la physiothérapie : DELHERM et MOREL-KAHN (Paris).

Les auteurs rappellent que, dès 1900, Apostoli avait employé la diathermie contre le symptôme douleur et que ce mode de traitement est depuis longtemps utilisé avec succès dans les affections abdominales. En ce qui concerne les troubles du carrefour sous-hépatique, les auteurs utilisent essentiellement la diathermie : 1° dans les cholécystites chroniques ; 2° dans les périviscérites si souvent dues soit à une infection même discrète (due par exemple à une cholécystite chronique), soit à un traumatisme chirurgical (même après une intervention discrète et aseptique).

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement régulièrement suivi et sur l'intérêt que peuvent présenter des séries espacées de traitements, véritables cures physiothérapiques, pour maintenir la guérison.

Les auteurs rapportent 10 cas récents de cholécystite traités avec un seul échec, 4 malades très bien et 5 améliorés, et 15 cas de périviscérites (dont 11 chez des malades ayant subi une ou plusieurs interventions) avec un échec, 6 malades très améliorés, 8 améliorés.

IIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

7 et 8 octobre 1932.

Correction d'une ensellure nasale post-traumatique par inclusion endo-nasale d'un greffon costal. — Dr MAURICE PÉRI (Alger). — Vu le cas de lésion entrant dans la catégorie des dysplasties nasales par insuffisance du chevalet osseux, l'auteur opère en utilisant la voie endo-nasale pour éviter la cicatrice apparente, et prélève un greffon au septième cartilage costal.

Traitement du rhinophyma par le bistouri diathermique. — Dr M. PÉRI. — Traitement difficile, puisqu'il s'agit d'une pachydermie avec polyadénome sébacé. L'intervention est nécessaire et le bistouri diathermique évitant l'hémorragie donne des plaies remarquablement aseptiques et des cicatrices extrêmement souples et peu apparentes.

Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique des hernios géantes. — Dr ESTANISLAO LLUESMA URANGA (Madrid). — Il s'agit d'une nouvelle indication opératoire de la phrénicectomie comme premier temps opératoire au traitement des hernies géantes et tout à fait irréductibles. J'ai utilisé le principe physiologique de l'effet de l'exérèse du nerf phrénique, d'où élévation de la coupole diaphragmatique et, par conséquent, augmentation de la pression négative différentielle intra-abdominale et de la cavité abdominale. Ces deux facteurs aspirent l'éviscération herniaire qui devient réductible. Reconstruction de la paroi abdominale dans un second temps.

Réduction esthétique d'un ventre en tablier. — Dr E. L. URANGA. — J'ai utilisé le principe de l'opération de Dartigues de la réduction de la glande mammaire avec transplantation aréolo-mamelonnaire. Au lieu de cela, j'ai fait la transplantation ombilicale avec extirpation d'une portion dermo-lipectomisée d'un poids de 3kg,100.

Chirurgie esthétique du pavillon de l'oreille. — Dr BOURGUET (Paris). — L'auteur présente une série de résultats opératoires concernant les déformations du pavillon : oreilles tombantes, oreilles décollées, oreilles déplissées. Il insiste sur le fait que si l'on veut avoir un résultat durable, il faut toujours enlever du cartilage et le modeler à l'endroit voulu. Dans toutes ces interventions, comme il l'a préconisé dans un travail précédent, il respecte le sillon rétro-auriculaire et la peau glabre de la région mastoïdienne.

Greffes de Dawis. — Dr AUREL DRAGOS (Galatz). — Chez un malade ayant plusieurs phlegmons à la cuisse et à la jambe droite, je complète la perte de substance par des greffes prélevées sur la cuisse gauche. Pansement des greffes à l'aide de : baume du Pérou 80 grammes, vaseline liquide stérilisée 20 grammes. Il est indispensable de faire un contrôle bactériologique des bourgeons de la plaie à greffer.

Orteils en marteau. — Drs TRAJAN GRUESCO et AUREL DRAGOS (Galatz). — Les auteurs exposent le cas d'un malade opéré sous rachianesthésie. Résection des phalanges et application d'appareils plâtrés. Guérison rapide en trente jours. Ce cas d'orteils en marteau est dû, croit-on, à des troubles endocriniens.

A propos d'une inclusion métallique pratiquée anciennement pour corriger uno ensellure nasale. — Dr PRÉVOT (Marseille). — Une gouttière perforée en aluminium a donné pendant quinze ans un résultat esthétique à une malade, puis grossissement progressif du nez au niveau du flanc gauche. Nouvelle intervention en utilisant le tissu fibreux de réaction. L'auteur préconise surtout, lorsqu'on veut greffer une attelle, la greffe vivante, homoplastique, qui sera tolérée indéfiniment.

Présentation de malades et projections. Indications

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

comparées de la transposition de l'aréole et du mamelon avec conservation totale ou partielle de la glande et de la mammectomie bilatérale avec greffe autoplastique aréolo-mamelonnaire libre. — Dr DARTIGUES (Paris). — L'auteur projette une série de photographies montrant les divers aspects de la glande mammaire quand elle est hypertrophiée : il insiste sur son prolapsus très accusé quand le sujet se plie en se penchant et en étendant les mains en avant. Dans les cas d'hypertrophie trop accentuée, il pense que l'opération de Morestin ou de la transposition restera toujours inférieure et qu'il vaut mieux résolument pratiquer la mammectomie. La greffe indépendante de l'aréole prend dans les deux tiers des cas. Son avantage est de donner surtout du thorax, incomparablement, de plus le résultat est durable indéfiniment ; la mammectomie met aussi à l'abri de toute la pathologie mammaire qui peut survenir si on conserve les glandes. Enfin, aucune modification du côté de la menstruation, de la gestation si elle survient, et retour de la greffe libre à la sensibilité tactile, thermique, élective même et parfois érectibilité du mamelon greffé, comme le prouve une malade montrée.

Un cas de sénilisme facial avec projections. — Drs DARTIGUES et CLAOUÉ (de Paris). — Les auteurs montrent le cas d'une vieille femme de soixante-dix ans extrêmement ridée à qui ils ont pratiqué l'opération devenue classique des rides par le procédé d'incision péri-auriculaire, mais ils ont complété cette ridectomie par une petite opération sur la lèvre supérieure qui était, comme chez beaucoup de vieillards, ridée dans le sens vertical, en « accordéon » : résection de deux petits lambeaux quadrilatères prenant un cinquième environ de la lèvre et suture fine sur la ligne médiane dans la petite gouttière labio-sous-nasale. L'amélioration est fort appréciable.

Mastopexie bilatérale et traitement du prolapsus mammaire au premier degré. — Dr LAGARDE (Paris). — Grâce au tendon de renne dont les deux extrémités sont divisées en trois chefs et insérées en trois points du quadrant supéro-interne de la glande mammaire, on provoque un rappel de la glande vers la partie médiane, en même temps que le tendon constitue un ligament suspenseur.

Difformités nasales et auto-greffes. — Dr LAGARDE. — Parmi les procédés de greffes habituelles, l'auteur estime que l'auto-greffe est la plus techniquement réalisable et qu'elle donne les meilleurs résultats; aussi le chirurgien doit-il s'ingénier à tirer du squelette nasal lui-même les greffons qui lui sont nécessaire pour corriger la dépression nasale.

Présentation de films en couleurs naturelles (Procédé Georges Lane). — Dr EASTMAN SHEEHAN (New-York). — Très beau film montrant les temps des actes opératoires : 1° Dans un cas de paralysie faciale unilatérale ; 2° Restauration d'une main privée de fonctionnement ; 3° Restauration d'un nez rongé par la syphilis.

Le dermatogramme et sa signification pour l'opération esthétique de la poitrine chez la femme. — Dresse ERNA GLASMER (Heidelberg). — Le dermatogramme permet de montrer les défauts de la peau qui à l'œil nu sont invisibles, ce qui est une indication pour le choix de la méthode opératoire ainsi que la localisation de la résection de la peau.

Esthétique du profil facial dans ses rapports avec la denture. Physiologie de la mastication normale chez l'homme. — Dr PIERRE ROBIN (Paris). — Dans un exposé rapide, l'auteur démontre les relations du profil facial et des mâchoires en rapport également avec leur physiologie. Présentation de photographies où s'affirment les différences remarquables obtenues par son traitement. Améliorations physiologiques et esthétiques.

Traitement des brûlures de l'œil par plastique immédiate. — Dr DANTRELLE (Paris). — L'extraction immédiate des escarres suivie de plastique par des greffes et des glissements de lambeaux paraît être la méthode de choix, méthode qui pourraît être également utilisée pour les escarres localisées des membres.

Traitement de la paralysie de la troisième paire cranienne par une série d'interventions chirurgicales. — Dr DANTRELLE. — La technique consiste à pratiquer plusieurs interventions chirurgicales successives ayant pour but : 1° la correction du ptosis par anastomose avec l'os frontal ; 2° la ténotomie, avancement des muscles droits horizontaux pour mettre l'œil en rectitude ; 3° la ténotomie et l'avancement des muscles droits verticaux, pour incliner légèrement l'œil en bas. La vision bioculaire est ainsi rétablie.

Pansement au Penghawar. — Dr DUBOIS (Paris). — Dans les opérations des rides de la face et du front, ce pansement a de grands avantages : il couvre complètement la suture, son adhérence est parfaite, il est invisible et hémostatique.

Considérations pratiques sur quelques points concernant la technique opératoire de la transposition aréolo-mamelonnaire. — Drs DARTIGUES et LEYDIER (Paris). — Les auteurs indiquent certains points de technique opératoire et décrivent quelques « tours de main ».

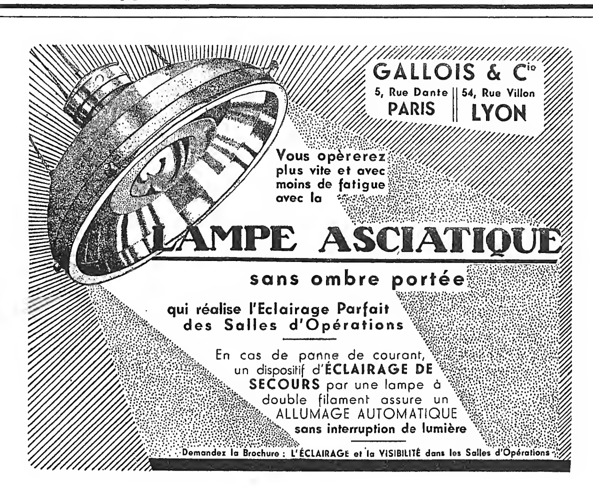
Pathologie mammaire et chirurgie plastique. — Dr MAX LEYDIER (Paris). — L'auteur précise quelques points d'anatomo-pathologie mammaire, toute la nécessité de subordonner l'opération à l'état pathologique de la glande, et décrit une belle technique originale permettant de modifier l'intervention en cours et de réaliser à volonté la transposition ou la mammectomie.

Du diagnostic différentiel entre la verrue plantaire et les hygromas des têtes métatarsiennes. — Dr WALLET (Paris). — L'auteur conseille, pour la verrue plantaire, les agents physiques appropriés, et pour l'hygroma des têtes métatarsiennes, l'intervention chirurgicale bénigne, mais indispensable.

Reconstruction autoplastique en cas de perte de substance latérale du nez. Rhinoplastie totale unilatérale. — Dr BURIAN (Prague). — L'auteur décrit deux méthodes : méthode à lambeau frontal, et méthode à lambeau brachial tubulé, et montre des photographies de malades ayant eu de bons résultats dans les deux cas.

Les greffes tubulaires glissables dans les plasties cutanées. — Dr CORACHAN (Barcelone). — Lorsque la perte de substance est trop grande pour les greffes dermo-épidermiques de Tiersch, de Reverdin, ou les lambeaux de peau détachés de Wolf, les greffes tubulaires de grandes dimensions donnent des résultats satisfaisants. Présentation de photographies.

Quelques considérations sur la thérapie chirurgicale des nez ensellés. — Dr MANNA (Rome). — Après un


GALLOIS & Cie
5, Rue Dante PARIS
54, Rue Villon LYON
Vous opèrerez plus vite et avec moins de fatigue avec la
LAMPE ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui réalise l'Eclairage Parfait des Salles d'Opérations
En cas de panne de courant, un dispositif d'ÉCLAIRAGE DE SECOURS par une lampe à double filament assure un ALLUMAGE AUTOMATIQUE sans interruption de lumière
Demandez la Brochure : L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ dans les Salles d'Opérations

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

exposé général sur les diverses méthodes connues pour la correction des nez, l'auteur donne sa préférence aux cartilages : cartilage de veau conservé selon la méthode de Nageotte, ou cartilage prélevé dans la même séance opératoire sur le malade lui-même.

Dr Maliniak (New-York). — A propos de la communication du professeur Manna, le Dr Maliniak fait remarquer que le cartilage costal a une tendance à se courber, et au lieu de répéter plusieurs fois l'intervention, l'auteur recommande l'ivoire qui, bien préparé, introduit aseptiquement dans la dépression nasale, sera la prothèse de second choix.

Dr Coelst (Bruxelles). — A propos de la communication du professeur Manna, le Dr Coelst nous dit partager l'avis du Dr Maliniak. L'emploi de l'ivoire, si sa technique est correcte, donne des résultats esthétiques parfaits. Dans la pratique, à l'inverse du Dr Maliniak, je commence par l'ivoire, et je réopère par greffon cartilagineux si l'ivoire n'est pas toléré, ce qui est exceptionnel.

Résultats opératoires dans l'ankylose temporo-maxillaire. — Pr Jiano (Bucarest). — L'objet de cette communication est de présenter deux résultats thérapeutiques, obtenus dans l'ankylose temporo-maxillaire consécutive au typhus exanthématique et à la variole.

Opération plastique de la paroi du ventre. — Dr Madureira (Lisbonne). — La technique de l'auteur consiste en deux petites incisions circulaires, inégales autour de l'ombilic. La petite incision se fait tout près de l'ombilic, et l'incision externe varie en diamètre suivant l'étendue de peau et de graisse à enlever.

Plastique de la face et greffe de la paupière supérieure. — Dr Madureira. — La greffe a pris très facilement chez une fillette de douze ans qui à l'âge de trois ans fut atteinte du charbon localisé à la paupière. Dans une séance ultérieure, l'auteur fit un décollement de toute la peau du front pour enlever, par deux incisions latérales la cicatrice vicieuse.

Contributions à la chirurgie esthétique du nez. — Dr Racoveanu (Bucarest). — L'auteur accorde sa préférence à l'auto-greffe, puis à l'homo-greffe prélevée le plus souvent du cartilage costal. A son point de vue, le cartilage est très supérieur à l'os.

Un cas de correction morphologique et de reliquats laissés par une opération antérieure de chirurgie plastique du sein par transposition de l'aréole et du mamelon. — Dr Dartigues (Paris). — La malade avait été opérée il y a un an par un autre chirurgien. Sans recourir à une autre transposition, l'auteur a pu transformer un cas peu heureux en un cas morphologique bien corrigé grâce à des résections secondaires de glande, de graisse et de lambeaux. On pourrait aller jusqu'à dire qu'une opération corrective donne parfois un résultat meilleur, la première intervention ayant facilité la seconde.

Chirurgie de la correction des rides du visage et chirurgie esthétique des rides de la main. — Dr Pires (Rio-de-Janeiro). — L'auteur expose une technique opératoire des rides du visage ainsi qu'un procédé de résection cutanée au niveau du poignet dans le cas de rides de la main.

L'association diathermo-chirurgicale dans le traitement des tumeurs bénignes de la face. — Dr Ardouin (Parthenay). — Les tumeurs bénignes de la face doivent être enlevées, en raison de leur dégénérescence possible et de leur facteur inesthétique. Il peut être utile dans certains cas de combiner le bistouri et la diathermo-coagulation.

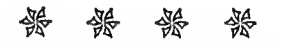
L'incision cutanée et le point de vue esthétique dans la trépanation de l'apophyse mastoïde. — Dr Ardouin. — Il faut utiliser une incision donnant un jour suffisant sur la pointe ; le tracé opératoire pratiqué strictement dans le sillon rétro-auriculaire ne réalise pas parfaitement ces conditions.

La résection sous-muqueuse de la cloison dans le traitement de certaines déviations inesthétiques des nez. — Dr Ardouin.—L'auteur démontre l'efficacité de la résection sous-muqueuse dans certaines asymétries du nez s'accompagnant d'une déviation de la cloison. L'auteur recommande l'appareil de Molinié comme étant un moyen de redressement très efficace après la résection sous-muqueuse.

De la valeur esthétique et plastique de l'emploi de la pince et de la bonnette avec rayons X pour l'extraction des corps étrangers. — Dr R. Petit (Paris). — Il faut avoir une bonne localisation radiologique. Attaquer obliquement à une certaine distance du corps étranger de façon que l'image de la pince et de la main qui la dirige ne puisse pas masquer celle du corps à extraire. Faire cheminer la pince fermée, en suivant un plan celluleux de clivage anatomique, et en évitant les gros vaisseaux. Conserver à la pince une direction parallèle à celle des gros vaisseaux autant que cela est possible. Dénuder soigneusement et mobiliser le corps étranger avec la pince fermée avant de tenter la prise.

Du traitement esthétique des petites cicatrices de variole ou acné. — Dr F. Campos. — L'auteur signale l'observation de trois malades atteintes de cicatrices post-varioliques anciennes du visage, qu'il a traitées avec succès par l'association, en séances répétées, de l'application d'un caustique chimique (bichlorure de mercure), puis de scarifications, suivies d'une irradiation aux rayons ultra-violets. Les résultats se sont montrés satisfaisants : disparition presque complète des cicatrices, à la fin d'un traitement de huit à quatorze mois.

Du meilleur matériel et de la meilleure technique de ligature, de suture et de pansement en chirurgie esthétique de la face et du cou. — Dr Muller (Belfort). — L'auteur préconise pour les ligatures du catgut fin très résorbable, pour les sutures du fil de lin noir fin, avec joints de soutien au fil de lin un peu plus fort quand la plaie cutanée a une longueur notable. Hémostase soignée, épluchage rigoureux des plaies traumatiques, pas de drainage, et pansement au gras Lumière.



LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

La Faculté de médecine de Paris doit à la générosité des pouvoirs publics la création d'une chaire nouvelle : celle de clinique orthopédique de l'adulte. Comme il est de règle en ce cas, la désignation du nouveau titulaire appartenait au ministre de l'Education nationale sans l'obligation d'un vote préalable du corps enseignant. Mais le ministre ayant bien voulu demander, sur cette désignation, l'avis du Conseil de notre Faculté, le choix de celui-ci s'est porté, à l'unanimité, sur le professeur agrégé Mathieu.



Le professeur Paul MATHIEU.

La chirurgie orthopédique de l'enfant forme, depuis longtemps, une branche particulière et très étudiée. Mais celle de l'adulte ne faisait pas, jusqu'ici, l'objet d'une spécialité indépendante et se confondait avec la chirurgie générale. C'était du moins le cas en France, car dans plusieurs pays étrangers des cliniques lui sont consacrées et on peut donner en exemple le grand centre dirigé par Putti, à Bologne, centre d'où sont sortis des travaux remarquables, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue utilitaire.

La chirurgie orthopédique de l'adulte pose en effet des problèmes spéciaux et qui sont souvent d'une grande difficulté. Les questions relatives à la récupération fonctionnelle aussi complète que possible des invalides de la guerre ou du travail sont parmi les plus importantes, mais il y en a bien d'autres : le traitement chirurgical du rhumatisme chronique, des séquelles des arthrites aiguës, celui des impotences consécutives à de nombreuses maladies du système nerveux.

Le professeur Mathieu, qui devient titulaire de la nouvelle chaire, y était tout à fait désigné par l'orientation de ses recherches et par tout son passé. Il est de souche bourguignonne et se montre fier de cette origine. Il est le fils d'un universitaire des plus distingué qui conduisit au succès de nombreux élèves dans les difficiles concours de nos grandes écoles scientifiques. Il doit à la direction et à l'exemple paternels le bénéfice d'une culture étendue, l'ardeur au travail, le goût de la recherche et l'horreur de l'à-peu-près. Interne des hôpitaux en 1903, il eut pour principaux maîtres en chirurgie Terrier, Albarran, Dujarier, MM. Quénu, Gosset et Duval. Avant de se spécialiser, il a accompli, en chirurgie générale, une œuvre importante, et l'on doit relever ses travaux sur la chirurgie des voies biliaires, sur les complications de l'appendicite. Comme chirurgien d'un hôpital d'enfants, il s'est intéressé au traitement des péritonites à pneumocoque et à celui des hypospadias. Mais depuis bon nombre d'années le professeur Mathieu s'est occupé avec prédilection de chirurgie orthopédique. Il a publié des mémoires sur le traitement des fractures, celui de l'omoplate ballante, de la maladie de Volkmann. Il convient d'insister sur ses travaux relatifs à la chirurgie de la hanche. Dans ce domaine, difficile et peu exploré il a fait œuvre de novateur, créé des opérations ingénieuses qui sont devenues classiques, et obtenu des résultats du plus haut intérêt.

Dans l'ordre didactique, l'œuvre de Mathieu est également importante, et dans ses leçons orales, dans les articles qu'il a écrits, dans les thèses qu'il a inspirées, on retrouve le reflet de ses qualités dominantes : intelligence avisée, souci d'une documentation rigoureuse, précision et clarté.

Que dirai-je maintenant de l'homme privé ? Sur ce point, mon sentiment pourrait paraître suspect en raison de notre si ancienne amitié. Mais si j'en appelle à tous ceux qui connaissent Mathieu, à tous ses élèves, je suis sûr de leur opinion unanime, car sa loyauté, son dévouement, son désintéressement sont notoires. Certes il n'est pas toujours « commode » ; il peut être exigeant pour les autres comme il l'est pour lui-même ; il sait ce qu'il veut et déclare, sans trop farder sa pensée, ce qu'il croit être la vérité. Ce sont là des traits sympathiques, qui conviennent à un chef d'école, et l'on peut être assuré de l'avenir de cette nouvelle chaire que le professeur Mathieu vient d'être appelé à diriger.

A. BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1932.

Notice. M. RAVAUT fait de son ancien maître, M. Chauffard, un très émouvant éloge.

Rapports. — M. ÉMILE ROUX lit un rapport sur les travaux concernant le service des épidémies.

M. LUCIEN CAMUS donne connaissance de son rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France, en Algérie et dans les pays de protectorat pendant l'année 1931 et aux colonies pendant l'année 1930.

Compte tenu des vaccinations privées et des vaccinations publiques, le nombre des primo-vaccinations de l'année 1931 est supérieur de 20 652 à celui de l'année 1930. Une diminution des primo-vaccinations a été enregistrée seulement dans 35 départements.

Les revaccinations sont plus nombreuses partout, sauf dans 6 départements ; leur augmentation pour l'année 1931 est de 122 650 par rapport à l'année précédente.

La présence de la *variole* n'a été signalée par les Commissions départementales que dans trois départements : dans l'*Indre-et-Loire* (3 cas dont 2 mortels), l'*Hérault* (2 cas qui ont guéri) et les *Bouches-du-Rhone* (2 cas qui ont guéri).

Dans les *colonies*, en 1930, on a observé plus de 13 000 cas de variole ; l'année précédente, il n'y avait eu que 7 478 cas.

Des vaccinations ont été faites en très grand nombre (8 451 829 pour une population de 47 072 750 habitants).

Au *Maroc*, pour l'année 1931, on signale 727 cas de variole (la moyenne des dernières années était seulement de 300 cas) ; il n'y a eu que 12 cas seulement parmi les Européens et 4 parmi les Français. Les vaccinations ont été intensifiées et l'épidémie a rapidement rétrocédé.

En *Tunisie*, qui compte 2 410 692 habitants, dont 195 293 Européens, la variole diminue d'année en année ; 19 cas seulement en 1931, dont 4 morts.

C'est une application méthodique et persévérante de la vaccination dans tous les *Contrôles civils*, qui a permis d'obtenir ce beau résultat. Au cours de l'année 1931, il a été pratiqué 611 919 vaccinations.

La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. Résultats généraux. — M. LÉON BERNARD publie sa statistique personnelle des résultats qu'il a obtenus avec le thiosulfate d'or et de sodium ; statistique qui s'étend sur l'étude de 716 cas. L'auteur a employé la méthode de dose moyenne pour les cas aigus. Il pratique d'abord un traitement d'attaque, suivi d'un traitement d'entretien. Le traitement n'est interrompu qu'en présence d'incidents toxiques ou de résultats thérapeutiques acquis. Par cette méthode, l'auteur n'a plus jamais rencontré des désordres d'intoxication grave.

Ces résultats se manifestent non seulement par la disparition des symptômes cliniques et l'arrêt des poussées évolutives, mais encore par une régression des lésions qui peut aller jusqu'au nettoyage radiologique complet. Celui-ci ne s'obtient, en général, que longtemps après le début, parfois même à la fin du traitement.

La statistique montre que les résultats favorables comprenant les guérisons cliniques et les améliorations notables oscillent autour de 50 p. 100 des malades traités.

M. Léon Bernard pense que c'est surtout dans les formes évolutives que la chrysothérapie doit être mise en œuvre et dans les cas où le pneumothorax est impossible ou inopérant.

M. SERGENT lit les deux notes suivantes

Action de l'insuline sur l'azotémie et la cholestérolémie des lapins atteints de néphrite chronique à l'urane. — MM. PIERRE MAURIAC, P. BROUSTET et TRAISSAC. — L'insuline injectée au lapin néphritique entraîne une baisse de la cholestérolémie. Si on soumet l'animal à un régime tel qu'il devienne hyperazotémique, l'injection d'insuline entraîne, dans les heures qui la suivent, une baisse importante du chiffre de l'azotémie.

Action de l'insuline sur les malades atteints de néphrite chronique. — MM. PIERRE MAURIAC, P. BROUSTET et DUBARRY ont soumis à la cure d'insuline des malades atteints de néphrite chronique ; ils ont étudié l'action immédiate de l'insuline sur l'azotémie dans les heures qui suivent l'injection, et l'action générale de l'insuline sur l'évolution de la maladie.

Dans les néphrites graves, avec forte azotémie, le traitement est très bien supporté ; mais si l'azotémie décroît immédiatement après la piqûre d'insuline, il n'est pas possible d'affirmer que les malades en aient tiré grand bénéfice.

Dans les petites azotémies, les injections d'insuline sont indiquées pour améliorer le métabolisme des liquides et du cholestérol, et aussi pour favoriser le métabolisme des glucides qui entrent pour une grande part dans l'alimentation des brightiques.

Autres communications :

La collapsothérapie de la bronchiectasie. — M. RIST.

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — M. HAIBE.

Séance du 6 décembre 1932.

M. ZIMMERN lit une notice nécrologique sur M. Van Ermengem (de Gand), membre correspondant étranger depuis 1919, dans la 4e division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — L'Académie aborde la discussion du rapport présenté au nom de la Commission, par M. LOIR.

On se trouve en face de deux propositions : celle de M. Loir qui demande simplement d'assurer l'application de la loi.

Une autre proposition de M. Netter demande que la famille du malade partage avec le médecin l'obligation de la déclaration.

Discussion. — M. Léon BERNARD propose, pour ne pas compliquer les questions, de voter la proposition de M. Loir et de renvoyer à la Commission la proposition de M. Netter.

Après une discussion assez confuse à laquelle prennent part MM. Netter, Léon Bernard, Emile Roux, Louis Martin et Balthazard, l'Académie renvoie à l'examen de la Commission la proposition de M. Netter et elle vote les conclusions du rapport présenté par M. Loir.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Voici ces conclusions :

« L'Académie de médecine demande aux associations scientifiques, techniques et professionnelles médicales de s'employer à obtenir de la part des médecins traitants une collaboration complète avec les organisations d'hygiène. Cette collaboration, en vue des déclarations des maladies contagieuses, est indispensable pour permettre aux services d'hygiène de procéder rapidement à l'enquête épidémiologique, base de toute prophylaxie. »

BCG. — M. Léon BERNARD apporte deux notes, l'une de M. Kern, l'autre de M. Bréhon, qui toutes deux confirment les résultats satisfaisants précédemment apportés.

Magnésium. — MM. DELBET et FRANCIEVIC communiquent un travail sur le mode d'action des sels halogénés de magnésium sur le *p*H urinaire.

Le tonus vasculaire du membre inférieur après la sympathectomie lombaire, étudié à l'aide de la réaction à l'adrénaline. — MM. DANIELOPOLU, ASLAN et MARCOU (de Bucarest) apportent un important travail d'où il résulte que les vaisseaux du membre sympathectomisé présentent deux modifications importantes : *hypotonie et exagération de l'automatisme*, phénomènes dus à l'interruption de la voie centrifuge ou de la voie centripète ou des deux. Pratiquement, l'hypotonie représente une amélioration de la circulation dans le membre, mais, d'un autre côté, l'exagération de l'automatisme prédispose les vaisseaux du membre à des crises de vaso-constriction plus énergiques, plus prononcées que sur un membre normal. Ces crises ne peuvent que diminuer la nutrition du membre. Mais les résultats cliniques nous démontrent que les troubles trophiques disparaissent. La sympathectomie est donc une opération *très utile* dans les oblitérations artérielles des membres.

Septicémie streptococcique compliquée de localisations infectieuses multiples : pleurésie purulente, arthrite purulente du genou, etc. Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent associé au traitement chirurgical. — M. RIBOLLET rapporte l'histoire clinique d'un jeune malade septicémique atteint d'abord d'infection grippale des premières voies et de congestion pulmonaire, puis de broncho-pneumonie avec pleurésie purulente gauche à streptocoques. Bientôt après survient une arthrite purulente du genou gauche à streptocoques aussi. *L'ensemencement du sang est positif.* L'arthrotomie, puis l'arthrostomie amènent une sédation marquée, mais temporaire de la fièvre. Plaie opératoire atone, pseudo-membraneuse. Phlébite du membre. Fièvre à grandes oscillations, pouls à 130-140, affaibli, presque incomptable malgré la médication suivie. Dyspnée intense, agitation, délire. Etat général extrêmement grave. La broncho-pneumonie et la pleurésie purulente, celle-ci ponctionnée avec injections de collargol, persistent.

On pratique alors les injections de sérum antistreptococcique de Vincent sous la peau et dans le muscle. Les injections sont poursuivies pendant douze jours. Au cinquième jour, la température descend de 39°,5 au voisinage de 38°. Au vingtième jour, apyrexie complète et définitive. Déjà, au dixième jour, tout danger avait disparu. En même temps que le pouls subissait une diminution progressive et rapide de sa fréquence, la *pleurésie purulente à streptocoques* se résorbait spontanément et sans intervention, de même que les symptômes broncho-pneumoniques ; la phlébite a disparu. Le malade a gagné 10 kilogrammes. La guérison de l'arthrite suppurée du genou n'a pas été moins satisfaisante. La flexion du genou a atteint l'angle droit.

Une nouvelle digitale. — M. PERROT présente, en collaboration avec M. Hamet, une note sur une nouvelle espèce de plante à glucoside digitalique.

C'est le *Cryptostegia Madagascariensis*, asclépiadacée à caoutchouc de Madagascar. Du complexe glucosidique, les auteurs ont retiré la *cryptostegioside*, douée d'activité toni-cardiaque à rapprocher de l'ouabaïne.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la première section (médecine). Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Rathery. En deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Crouzon, Lereboullet, Lœper, de Massary, Rist. Adjoints par l'Académie : MM. Clerc, Laubry, Milan, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Villaret.

Au premier tour de scrutin, M. Rathery est élu par 50 voix ; M. de Massary a obtenu 23 voix ; M. Rist, 6 voix ; M. Lœper, 3 voix ; M. Laubry, 1 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 décembre 1932.

Infiltrats pulmonaires labiles et tuberculose. — MM. AMEUILLE et LEJARD présentent des observations d'infiltrations pulmonaires qui paraissent de nature tuberculeuse, découvertes par l'examen radiologique chez des sujets présentant un minimum de symptômes fonctionnels ou généraux et qui disparaissent avec une rapidité singulière, sans aucune espèce de traitement, parfois même sans repos.

Aucune règle ne permet de prévoir, au début d'une infiltration pulmonaire qui n'est pas encore excavée et ne fournit pas encore d'expectoration bacillifère, si elle disparaîtra spontanément, si elle s'excavera rapidement ou lentement. Il semble nécessaire, en présence de cas de ce genre, de maintenir les malades en observation rigoureuse pendant quelques semaines avant d'engager un traitement actif, de peur de faire un pneumothorax ou d'imposer une longue cure sanatoriale inutile.

M. PARAF fait remarquer que, chez l'enfant et surtout le nourrisson, ces pneumonies tuberculeuses curables sont bien connues ; il a récemment observé des cas de cet ordre et se demande s'il ne s'agissait pas d'une affection pneumococcique.

M. AMEUILLE confirme la fréquence de ces formes chez l'enfant ; mais elles sont peu connues chez l'adulte.

M. PARAF a observé fréquemment ces formes après des hémoptysies.

M. DUFOUR croit que la notion de tuberculoses curables infantiles est une critique de la vaccination par le BCG et la rend inutile.

M. PARAF n'a jamais dit que les tuberculoses infantiles guérissaient toutes spontanément ; il a seulement montré qu'il existait des formes curables ; tout nourrisson tuberculeux n'est pas, comme on l'a cru longtemps, un condamné à mort.

Sclérodermie avec concrétions calcaires sous-cutanées, télangiectasies (Syndrome de Thibierge et Weissenbach)

traitée avec succès par la parathyroïdectomie. — MM. P. MATHIEU, M. PINARD et A. FICHIER présentent une malade atteinte de sclérodermie avec concrétions calcaires sous-cutanées traitée avec succès par la parathyroïdectomie. Ils notent la coexistence d'une cataracte à type endocrinien.

Sclérodermie avec cataracte (Syndrome de Rothmund) traitée avec succès par l'opothérapie parathyroïdienne. — MM. M. PINARD et A. FICHIER opposent le cas de cette malade, atteinte d'hypoparathyroïdie, à celui de la précédente. La cataracte constitue cependant un trait commun entre les deux cas.

Cancer de la base de la langue et adénopathie sous-maxillaire. Guérison par la radiothérapie et la pyoformine. — MM. M. DUFOUR et COTTENOT présentent un malade, âgé de soixante-sept ans, ancien syphilitique, qui était porteur d'un cancer de la base de la langue, avec une grosse adénopathie sous-maxillaire. Il s'agissait d'un épithélioma épidermique assez spécial, qui devait être radiosensible : c'est ce qu'a montré le traitement par les rayons X, qui a fait disparaître tumeur et ganglions.

Le malade avait reçu pendant un mois et demi avant l'application des rayons une injection quotidienne de pyoformine. A la faveur de ce médicament, tumeur et ganglions avaient commencé à s'affaisser ; les injections furent continuées pendant les séances de radiothérapie. Les auteurs ont l'impression que la pyoformine a apporté à la guérison du malade un élément thérapeutique important.

Densité sanguine et hypertension. — MM. CLERC, P.-NOEL DESCHAMPS, PARIS et STERNE, à propos des communications antérieures de M. Dufour, signalent à leur tour la fréquence de l'élévation de la densité sanguine chez les hypertendus. En outre, la mesure de la tension superficielle du sang total, par un procédé stalagmométrique modifié, a montré que, chez la même catégorie de sujets, les chiffres étaient nettement plus élevés qu'à l'état normal. Ces deux ordres de variations sont relativement peu accentués, bien que nets, et leur parallélisme n'est pas strict, bien que le sens de la réaction soit le même. Sans vouloir leur attribuer une valeur spécifique, on peut y voir comme des tests capables d'apprécier les modifications évolutives au point de vue tant du syndrome lui-même que des influences thérapeutiques.

La participation du pancréas au syndrome de l'ictère catarrhal. — MM. J. PAVEL, J. FLORIAN et RADVAN ont examiné l'état du pancréas dans 17 cas d'ictères infectieux bénins en cherchant l'activité lipasique dans la sécrétion provoquée et la diastase urinaire avec la méthode de Wohlgemuth. Dans 15 sur 17 cas examinés, ils ont trouvé une déficience fonctionnelle du pancréas. L'existence de cette pancréatite, admise aussi par Weill, Lœper et Soulié, Carrié, dans le syndrome de l'ictère catarrhal, peut être riche de conséquences. Elle est peut-être capable de donner une meilleure explication du résultat des épreuves des hydrates de carbone dans les ictères. On peut penser que si le pancréas est atteint, comme c'est le cas dans l'ictère catarrhal, lesdites épreuves sont positives. Au contraire, si le pancréas est indemne, comme c'est très souvent le cas de l'ictère mécanique, elles restent négatives.

Trois nouveaux cas de fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. Enquête épidémiologique. — MM. E. LEDOUX et GOMET (Besançon) relatent trois nouveaux cas authentifiés par les caractères cliniques et sérologiques, dans lesquels l'origine bovine est affirmée par la positivité des séro-agglutinations du sang des vaches suspectes. Dans un des trois cas, le germe était un *Br. abortus*. Vraisemblablement, les vingt-deux autres cas observés antérieurement par les auteurs dans la région relevaient-ils du même germe. Tous se terminèrent par guérison, sans aucune des complications des mélitococcies Il est probable que de nombreux cas seraient dépistés si les médecins y songeaient.

Dysostose cranio-faciale et acrocéphalo-syndactylie. — M. CROUZON, à propos d'une récente communication de M. Garcin, pense que l'acrocéphalo-syndactylie, contrairement à la dysostose cranio-faciale, est plus une modification tératologique qu'un véritable syndrome. Le seul caractère commun des cas d'acrocéphalo-syndactylie est l'acrocéphalie.

M. APERT pense qu'il faut s'entendre sur le terme « tératologie » qui englobe à la fois des malformations accidentelles d'origine intra-utérine et de véritables races tératologiques. Il se demande si l'acrocéphalo-syndactylie et la dysostose ne constituent pas deux aspects d'une même race. Il existe des cas familiaux d'acrocéphalo-syndactylie. Enfin, il signale que certaines races de poissons rouges présentent à la fois de l'acrocéphalo-syndactylie et de la dysostose faciale.

Diabète et épilepsie. — MM. M. LABBÉ et GOLDBERG présentent un jeune garçon qui a présenté, au cours d'un diabète, des crises d'épilepsie avec signe de Babinski. Ces crises, qui sont apparues depuis le traitement insulinique, ne sont pas, comme le démontrent les dosages, des crises d'hypoglycémie. Il semble que ce soient des crises d'épilepsie essentielle déclenchées par le traitement insulinique.

JEAN LEREBOULLET.

Séance du 8 décembre 1932.

Crises anxieuses paroxystiques et tétanie. — M. JACQUES DECOURT, à propos d'une observation, individualise une forme particulière de crise nerveuse empruntant à la fois ses éléments à la névrose d'angoisse et à la tétanie. L'expérimentation clinique montre les liens intimes qui unissent, dans ce cas, les deux ordres de phénomènes. L'épreuve de l'hyperpnée volontaire déclenche régulièrement les phénomènes psychiques et physiques de l'angoisse, suivis aussitôt par les contractures tétaniques. Les perturbations apportées dans l'atmosphère psychique, par le mécanisme de l'émotion et non de la suggestion, conduisent au même résultat. L'ergostérol irradié paraît exercer une action inhibitrice sur ce complexe pathologique.

Hémorragies graves et répétées par ulcère gastrique. Succès du traitement parathyroïdien. — M. PERVÈS (Toulon) rapporte un cas d'ulcus et en résume un autre où des injections répétées d'hormone parathyroïdienne amenèrent l'arrêt de l'hémorragie ; il pense que l'action de ce traitement est surtout d'ordre anti-infectieux.

(A suivre) JEAN LEREBOULLET.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

AGOMENSINE et SISTOMENSINE CIBA. — Substances extractives de l'ovaire, à action différenciée et antagoniste, l'une activant la fonction menstruelle et l'autre la régularisant.

INDICATIONS. — **Agomensine** : Symptômes aménorrhéiques. — **Sistomensine** : Symptômes hyperménorrhéiques.

Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon.

ANDROSTINE CIBA (Extrait complémentaire). — Hormone hétérologue issue de la lignée spermatogénétique. Action neutralisatrice dans l'hyperovarie, les troubles de la puberté et la ménopause. Peut se formuler en association avec l'agomensine ou la sistomensine, suivant le cas.

INDICATIONS. — Aménorrhée, troubles de la ménopause, hypersthénie génitale.

Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon.

ENDOCRISINES. — **Ovaire** (Cachets, comprimés, solutions injectables). — Toutes les indications de l'opothérapie ovarienne.

Solutions injectables de lobe postérieur d'hypophyse dites physocrisines en ampoules de 2 centimètres cubes correspondant à un demi-lobe d'hypophyse par centimètre cube (spécialement destinées à l'usage obstétrical).

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

GYNOCALCION. — Accidents de la *ménopause* et de la *puberté* chez la femme. Troubles endocriniens. Action sympathico-tonique du calcium et du phosphore unie au traitement opothérapique.

Gynocalcion M (ménopause) : quatre dragées trois fois par jour, dix à quinze jours par mois.

Gynocalcion P (puberté) : quatre dragées trois fois par jour, huit jours avant les règles et huit jours après.

Laboratoires Cortial, 15, boulevard Pasteur, Paris.

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique, assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour.

Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IVe).

SEPTICÉMINE. — Préventif et curatif des infections *post partum* et *post abortum.*

Préventif. — Accouchements longs et laborieux, poche des eaux rompue prématurément, interventions obstétricales : injecter 4 centimètres cubes en cours du travail et pendant les trois premiers jours des suites de couches.

Curatif. — Injecter 4 à 12 centimètres cubes en une ou plusieurs fois, intraveineux ou intramusculaires suivant l'intensité de l'infection.

Laboratoires Cortial, 15, boulevard Pasteur, Paris.

SPASMALGINE ROCHE. — Antispasmodique, sédatif, ocytocique, comprimés, ampoules.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TAMPOL ROCHE. — Pansement gynécologique idéal.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — L'enseignement spécial destiné aux docteurs et étudiants en médecine, en fin de scolarité, qui ont l'intention de briguer un poste de fonctionnaire d'hygiène ou de collaborer avec les organismes d'hygiène et de médecine sociale, commencera le 5 janvier 1933.

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 15 décembre, au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le programme et les horaires, s'adresser au directeur de l'Institut régional d'hygiène, 40, rue Lionnois, Nancy.

Hôpital de la Charité. — M. Abrami a repris ses leçons cliniques, tous les jours, de 11 heures à 12 heures, sauf le mercredi et le vendredi.

Ces deux jours : leçon théorique de 10 heures à 11 heures à la salle des Concours, par les assistants du service, et de 11 heures à 12 heures, interrogation des stagiaires au lit du malade.

Une semaine sur la Côte d'azur. — Nous avons annoncé le Voyage de Noël (Voyage bleu), organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen et présidé par MM. les professeurs Forgue, membre correspondant de l'Institut ; Marcel Labbé et Laignel-Lavastine, de la Faculté de Paris.

Ce voyage se concentrera à Cannes et parcourra le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice-Cimiez, La Turbie, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, Garavan, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. La dissociation aura lieu à Nice. Des excursions, prévues au commencement et à la fin du voyage, permettront de visiter l'Estérel, Saint-Raphaël, Fréjus, Grasse, les Alpes, la station de sports d'hiver de Beuil et la Corse. La durée du voyage (sans les excursions) sera du 30 décembre au 5 janvier.

Rappelons que, comme dans les voyages précédents, les femmes et les enfants des médecins, ainsi que les étudiants en médecine, seront admis, dans une certaine proportion. Le droit d'inscription demeure fixé à 100 francs, mais, en raison de la situation économique actuelle, *la cotisation a été réduite à 1 000 francs.*

Cette cotisation comprend tous les frais, sans aucune exception. Les adhérents recevront des permis de parcours à demi-tarif sur les réseaux de chemins de fer français, valables pendant un mois. Les séjours, les parcours et les réceptions seront assurés dans les mêmes conditions de luxe que ceux des voyages précédents.

Les demandes doivent être adressées immédiatement au *Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.*

NOUVELLES *(Suite)*

Une future station hydrominérale sur la Côte basque. — La Souree royale Contresta, de Bidart, qui a reçu, récemment un avis favorable de l'Académie de médecine, est susceptible d'acquérir un renom universel et de devenir un des centres attractifs de la Côte basque.

Émergeant, face aux Pyrénées, au flanc de ce plateau d'où le voyageur venant de Biarritz contemple émerveillé les monts et vallons euskariens, l'eau froide de la source communale de Contresta offre, heureusement, une légère minéralisation totale ($0^{gr},1608$) ; elle est azotatée mixte, bicarbonatée et silicatée sodique, sulfatée calcique, chlorurée magnésienne, avec traces de potassium, fer-iode et manganèse ; elle est d'une grande pureté bactériologique ; sa saveur est agréable.

Ses caractères essentiels, capitaux, sont la prédominance de l'ion azotique ($0^{gr},0310$), l'acidité ionique (5,1) et une forte résistivité électrique (ohms) : 6 146.

Les études et les essais thérapeutiques, poursuivis depuis 1927 dans les laboratoires et dans les hôpitaux de Paris et de Bordeaux, ont démontré nettement que cette eau stimule l'élimination des déchets de la nutrition et se comporte comme eau de lavage des voies urinaires et de désintoxication de l'organisme.

Les indications de cette eau minérale de Bidart se trouvent donc analogues à celles des sources médicinales de diurèse : les caractéristiques de la Côte basque attireront vers la source Contresta surtout les lymphatiques qui tirent un bénéfice évident du séjour dans un climat marin tempéré, lumineux, essentiellement tonique.

Dr A. C.

Musique et poésie à l'hôpital. — L'Œuvre de musique et poésie à l'hôpital va donner le mardi 20 décembre, à 8 h. 30, une soirée romantique afin de se procurer les fonds nécessaires pour les séances de cinéma et les matinées récréatives des hôpitaux d'enfants.

Cette œuvre, organisée depuis dix-huit mois par des artistes désintéressés, a pour but de présenter aux malades des hôpitaux de l'Assistance des œuvres artistiques et littéraires d'une portée à la fois morale, intellectuelle et artistique. Fondée par une femme de médecin, cette compagnie se fait un devoir d'en donner l'initiative au Corps médical et par suite doit être encouragée et soutenue par tous ceux qui voient en la vie médicale une profession de haut idéalisme et de dévouement.

Le concert de musique et poésie à l'hôpital aura lieu Maison Pleyel, salle Chopin, et commencera par une conférence de Me Chassinat, avocat à la Cour d'appel, pour présenter les trois grands musiciens de l'époque : Chopin, Schumann et Schubert.

Victor Gille, le grand pianiste, interprétera Chopin. Mlle Morand, 1er prix de violoncelle du Conservatoire national ; Mlle Jane Court, 1er prix de violon du Conservatoire national ; Mlle de Mayo, pianiste virtuose, prix du Conservatoire national, interpréteront Schumann.

Mme Georges Dupau, cancatrice de l'Œuvre de musique et poésie à l'hôpital, accompagnée par Mme Lebocq, également pianiste de l'Œuvre, interprétera les lieds du *Voyage d'hiver*, de Schubert.

Billets à 15 et 10 francs en location Maison Pleyel et chez Durand, place de la Madeleine.

Les prix de l'Académie des sciences. — L'Académie des cienees vient d'attribuer au Dr Jean-Albert Weil (de Béziers), ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, une mention honorable de 1 500 francs, du concours Montyon de médecine et de chirurgie 1932, pour son ouvrage : « Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose ».

Hotel-Dieu. Service du professeur Baudouin. — En connexion avec la chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine, il est organisé dans le service du professeur Baudouin, à l'Hôtel-Dieu, un enseignement complémentaire portant principalement sur la neurologie, la psychiatrie, les maladies de la nutrition et l'endocrinologie. Cet enseignement sera assuré par le professeur Baudouin avec le concours de MM. le Dr Azcrad, assistant du service ; le Dr Duclos (ophtalmologie) ; le Dr Caussé (oto-laryngologie) ; le Dr Largeau (psychiatrie), et de MM. Lewin, chef de laboratoire ; Miget, interne du service. Il sera organisé comme suit :

A. *Consultations.* — Lundi à 9 h. 30 : consultation de neurologie (professeur Baudouin) ; examens ophtalmologiques (Dr Duclos).

Mercredi à 10 heures : consultation de psychiatrie Dr Largeau).

Vendredi à 10 heures : examens otologiques des malades atteints d'affections neurologiques (Dr Caussé).

Samedi à 9 h. 30 : consultation des maladies de nutrition et d'endocrinologie (Dr Azerad).

B. *Visites dans les salles.* — L'enseignement au lit du malade, s'adressant plus particulièrement aux étudiants, sera assuré tous les jours par le professeur Baudouin, l'assistant du service, Dr Azerad, et l'interne, M. Miget.

C. *Leçons cliniques et présentations de malades.* — Les deuxième et quatrième jeudis du mois, une leçon portant sur une affection neurologique sera faite par le professeur Baudouin à l'amphithéâtre Trousseau, du service de clinique de l'Hôtel-Dieu (professeur Carnot).

Les mardis de chaque semaine, une série de leçons portant sur les acquisitions récentes en pathologie et thérapeutique cliniques sera faite dans la salle de consultation du service, par le professeur Baudouin, avec la collaboration des Drs Azerad, assistant ; Busson, Even, Jean Lereboullet, Lonjumeau, Merklen, Miget, Oumansky, Puech et Thiébaut, chefs de clinique, anciens internes ou internes des hôpitaux.

D. *Recherches de laboratoire.* — En dehors des cours de perfectionnement réguliers, qui seront organisés aux périodes des vacances, les médecins et étudiants qui voudraient s'initier aux recherches courantes ou faire des recherches originales pourront travailler dans le laboratoire du service et à la Faculté de médecine, sous la direction de MM. le professeur Baudouin et de MM. Azerad et Lewin, assistants du laboratoire de pathologie générale.

Thèses de la Faculté de médecine. — 14 *Décembre.* — M. VOIRIOT, Contribution à l'étude des rapports ovaro-mammaires. — M. THOMAS, Magnésium et grossesse.

15 *Décembre.* — M. THOURET, Samuel Hahnemann (1755-1843), sa vie, ses idées. — M. SCHNEYDER, Anesthésie de base, anesthésie à l'éther améliorée par l'emploi de l'acide éthyl-butyl-barbiturique, administrée par voie buccale. — M. TERVER. Des affections chirurgicales

NOUVELLES (*Suite*)

chroniques du rein demeurées latentes jusqu'à l'infection aiguë de la lésion.

17 *Décembre.* — M. BELLIÈRE, Paralysie générale et génie. — M. VIALLE, Prémunition de l'endocardite maligne secondaire lente à streptocoques. — M. BARATOUX, Tumeurs malignes primitives de la trachée. — M. BOURE, Quelques aspects radiologiques inhabituels du mal de Pott et du cancer vertébral.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assemblée générale statutaire de la Confédération des syndicats français, à l'Hôtel des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

18 DÉCEMBRE. — *Bruxelles.* Séance annuelle du groupement belge d'études oto-neuro-oculistiques.

18 DÉCEMBRE. — *Angers.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Angers.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Les dissociations schizotiques du type hystérique et psychasthénique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 9 heures. M. le Dr LÉVY-VALENSI : Hallucinations.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Amphithéâtre des hôpitaux, 49, rue des Saints-Pères, 10 heures. M. le Dr RAMADIER : Traitement du vertige.

18 DÉCEMBRE. — *Caen.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Caen.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Salle Gaveau, 8 h. 45. Soirée musicale pour les orphelins de la médecine.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en pharmacie des asiles de la Seine.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Quinze-Vingts, 9 heures : Concours pour une place de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 11 heures. M. le Dr BOHN : Traitement des bronchopneumonies des nourrissons.

20 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Salons de l'Aiglon, 17 heures, vin d'honneur en l'honneur du professeur Portmann.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Les ostéopathies syphilitiques du nourrisson.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique. Hôpital de la Charité, 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile clinique, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique des maladies infectieuses, 10 h. 30. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Beaujon, 10 h. 30. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. Clinique chirurgicale, 11 h. 25. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance, 10 heures.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Mairie du VIe arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. M. le Dr JULES GRAND : Bébés martyrs ; M. le Dr LEGRAIN : A travers la pensée de l'Extrême-Orient.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures Hygiène mentale, M. le Dr CEILLIER : Convulsions et épilepsie.

22 DÉCEMBRE. — *Saint-Germain-en-Laye.* Concours de l'internat en médecine de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 heures. M. le Dr DETROIS : Les selles du nourrisson.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Thérapeutique du rhumatisme chronique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique des maladies nerveuses. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique gynécologique, hôpital Broca, 10 heures. M. le professeur J.-L. FAURE : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. Leçon clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte, par M. le professeur PAUL MATHIEU.

25 DÉCEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin adjoint des sanatoriums publics (sanatorium de Trestrel).

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris (Dr CH. BUIZARD, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 DÉCEMBRE. — *Turin.* Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

7 JANVIER. — *Villes d'Académies.* Académies. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du second degré.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LA MALADIE CŒLIAQUE

La maladie cœliaque, quoique surtout étudiée chez les enfants, n'en existe pas moins chez l'adulte.

Chez les enfants, la maladie cœliaque, fréquente dans les pays anglo-saxons et observée récemment en France par plusieurs auteurs, vient de faire l'objet d'un travail de M. Saint Girons (*le Concours médical*, 28 juin 1932).

La maladie cœliaque se caractérise essentiellement par des manifestations digestives (augmentation considérable de l'abdomen, volume énorme, anormal des matières fécales, dont l'aspect est particulier) qui entraînent un arrêt du développement statural et pondéral marqué.

Chez les adultes, on relève des troubles digestifs qui tiennent également la première place. Tantôt les selles sont rares, dures, tantôt elles sont extrêmement abondantes, molles, quelquefois décolorées. L'abdomen est volumineux, météorisé avec un pannicule adipeux abondant. La palpation révèle souvent des points douloureux fugaces.

En dehors de troubles dyspeptiques, il existe des symptômes d'auto-intoxication (nervosisme, haleine fétide, migraines, asthénie, fièvre) et des troubles à distance au niveau des glandes endocrines, du cœur et surtout du foie.

Le syndrome d'insuffisance hépatique se trouve souvent réalisé par l'oligurie, l'indicanurie, la glycosurie alimentaire provoquée, la diminution de l'urée et l'augmentation de l'ammoniaque. On constate en outre une augmentation du volume du foie douloureux à la palpation.

Chez les enfants, le traitement de la maladie cœliaque donne, dans les cas où il est institué assez précocement, des résultats encourageants ; il est avant tout diététique.

Le régime repose sur la suppression des graisses et des hydrates de carbone, à l'exception des bananes et de quelques autres fruits. On donne des protéines, sous forme de poudre de lait albumineux, de gélatine, de blanc d'œuf, de lait écrémé caillé, de babeurre, de viandes, de fromages. Parmi les protéines végétales, Ribadeau-Dumas recommande particulièrement l'emploi de l'aleurone du tournesol, riche en substances azotées, en phytine. Woringer préconise aussi les purées d'épinards, carottes, laitues. P. Rohmer a obtenu des résultats favorables avec la vitamine C.

Chez les adultes, le traitement consiste surtout à rééduquer l'intestin tout en décongestionnant le foie.

On se souviendra que le régime lacté ne doit pas être exclusif, en raison des troubles intestinaux qu'il peut aggraver ; la diète hydrique convient mieux, à la condition de la faire suivre rapidement de plusieurs jours de diète hydrocarbonée. Plus tard on permettra un peu de viande rôtie ou grillée. On prohibera les sauces, la graisse, les fritures, les œufs, le chocolat, les crèmes.

Le traitement médicamenteux sera physiologique ; on rejettera toute manœuvre physique (lavement) et tous les autiseptiques ou drastiques.

Parmi les laxatifs employés, la Cascarine s'impose parce qu'elle agit à la fois sur l'intestin et sur le foie.

C'est Botkin qui, le premier, a montré qu'elle agissait en excitant les sécrétions gastriques, biliaires et pancréatiques. Après lui, Laffont a précisé et localisé le mécanisme de l'action de la Cascarine dans le foie et les glandes digestives, en mettant en lumière que ses effets se continuent longtemps et sans inconvénients. Quant à son action sur la tunique musculaire de l'intestin, elle a lieu indirectement par réflexe, ce qui explique sa douceur et sa puissance dynamique. En effet, elle agit comme excitant de la tunique intestinale à la faveur du flux biliaire provoqué déjà antérieurement. Son action cholagogue détermine donc secondairement les contractions intestinales. Ainsi se trouvent démontrés physiologiquement les résultats cliniques d'un médicament qui n'a pas et ne peut avoir d'accoutumance. On comprend donc qu'il convienne admirablement dans la maladie cœliaque, si fréquente à notre époque de gros mangeurs, et si rebelle aux autres médications.

VARIÉTÉS

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE LE PROFESSEUR J.-L. FAURE PRONONCE L'ÉLOGE DE LÉON LABBÉ

« *A la suite d'un débat dramatique de quinze heures, la chambre renverse le cabinet.* »

Les Journaux, *14-12-32*.

La veille, le 13 au soir, comme au sortir de la séance annuelle de l'Académie de médecine, nous prenions le boulevard Saint-Germain, nous dirigeant vers la place de la Concorde, nous assistions à un déploiement de police peu habituel. La garde républicaine à cheval, casque en tête dont les crinières tachaient d'ombre le rougoiement des cuivres, la garde mobile, s'étageaient en barrages successifs. Nous n'en étions pas autrement surpris.

La séance à laquelle nous venions d'assister, rue Bonaparte, nous y avait préparés.

Un homme, un professeur de la Faculté de médecine de Paris, un membre de cette Académie qui honorerait l'Institut, venait d'être l'objet d'une véritable ovation après qu'il eut terminé son discours par ces mots : « Gardez le front haut, le cœur ferme, le bras solide »

***

Chaque année, l'Académie, au cours d'une séance solennelle, proclame les noms des lauréats des divers prix que de nombreux donateurs ont fondés pour l'encouragement de la Science et des chercheurs. M. le Dr Jules Renault, secrétaire annuel ; M. Achard, secrétaire général ; M. le président Meillère, chacun en ce qui les concerne, prononcent un discours.

Nombreuse est l'assistance. Beaucoup de dames et dans l'hémicycle et dans les tribunes. Le banc de la presse est au complet On y voit même quelques figures inaccoutumées... M. Paul Bourget, qui s'est un instant assis chez notre ami, M Genty, bibliothécaire en chef de l'Académie, gagne, lentement, la salle des séances. Le bureau, en habit aux parements grenat et or, attend trois heures... Les conversations d'aller leur train habituel dans le hall. Les candidats aux futures élections se présentent ou se font présenter aux membres titulaires qui décideront de leur sort...

On s'attend à un régal littéraire. M. le professeur J.-L. Faure nous a dès longtemps habitués (tout le monde a lu *l'Ame du chirurgien*) à une langue impeccable et très personnelle, enveloppant l'idée forte. C'est au reste, une véritable impression de force que donne l'orateur montant à la tribune : à la lettre, il en prend possession.

En redingote noire, regardant bien en face, de ses yeux cerclés d'or, le public qui attend, l'un des maîtres les plus éminents de la chirurgie contemporaine va prononcer l'éloge de Léon Labbé, né en 1832, l'année même où naquit M. Guéniot dont l'Académie a, récemment, fêté le centenaire. Et l'orateur de rappeler cette fête de famille « d'une si rare nouveauté qui nous réunissait autour de notre admirable doyen dont cent années d'une vie de travail et d'une activité souriante n'ont pu courber la haute taille ni déflorer la jeunesse d'esprit ».

Et tout de suite M. J.-L. Faure de s'élever vers les cimes.

« Quelle leçon pour nous qui connaissons la fragilité de la vie humaine, qu'un souffle suffit à briser ! Quelle leçon que de la voir parfois si puissante et si prolongée ! Vingt existences successives nous conduisent au temps où César, à travers les forêts des Gaules, tentait cette grande aventure d'où devait naître, un jour, la France ; où, sous le ciel de la Judée, qui ne pouvait prévoir encore le drame que, cent ans plus tard, le sang du Golgotha devait déchaîner sur le monde !...

Et voici maintenant un autre centenaire ! Après Péan, Léon Labbé, « le seul qui ait été de taille à se mesurer avec lui ! »

Et de nous raconter comment il lui fut donné de connaître celui dont il lui était réservé de prononcer aujourd'hui l'éloge.

***

Léon Labbé commença ses études classiques en 1848. Paris était en révolution. Il s'agissait de transformer le monde et « de modifier les principes de l'Ordre social ». Nous entendons l'orateur prononcer les mots si grands qu'il suffit, semble-t-il, qu'ils soient prononcés pour qu'ils expriment la vérité qu'ils portent en eux... Liberté, Égalité, Fraternité... C'était aussi le moment où « les soldats d'Algérie bâtissaient, dans l'Afrique du Nord, une France nouvelle et couvraient d'une gloire sans tache les drapeaux de l'armée française ».

Pénétrons-nous des sentiments qui animaient les hommes de cette époque. « Il en était encore, poursuit M. J.-L. Faure, au milieu de l'attention de plus en plus soutenue de l'Assemblée, qui avaient vu l'homme à la redingote grise galoper sur son cheval blanc... Aujourd'hui son ombre géante se déploie sur toute la terre et le cœur des hommes tressaille au nom seul de Napoléon. »

N'est-ce pas en raison même de ces sentiments que l'exposition consacrée au cœur de Paris, par Paris, aux souvenirs du Roi de Rome voit les visiteurs si nombreux se presser aux Tuileries ?

Léon Labbé vivait donc au milieu de ces vieux

VARIÉTÉS (*Suite*)

soldats du grand Empereur et Léon Labbé voulut entrer à l'École de Saint-Cyr. Devant les supplications de sa mère, le jeune homme se laissa fléchir et s'inscrivit à l'École de médecine de Caen.

Mais Paris exerçait sur ce jeune cerveau l'attraction que tant d'autres ont connue. Léon Labbé, « taillé pour la lutte », était, dix ans plus tard, chirurgien des hôpitaux, ayant franchi — brûlant toutes les étapes — le cycle des concours les plus recherchés. Gosselin, Chassaignac, Jobert de Lamballe avaient été ses maîtres d'internat, avec Velpeau « qui exerçait alors une sorte de royauté chirurgicale ». 1870 le trouve à son poste dans les hôpitaux et les ambulances du Siège de Paris.

M. Jean-Louis Faure nous fait assister à une opération où le tempérament chirurgical de l'homme devait se manifester dans tout son éclat.

Léon Labbé possédait à fond ce tempérament. Courage opératoire, habileté technique, sang-froid, fermeté d'âme. « Comme tous ceux que la nature a créés pour la chirurgie et qui vont au-devant des grandes émotions de leur art, il se sentait attiré vers les opérations difficiles et qui mettent à l'épreuve toutes les forces d'âme de celui qui les entreprend... »

Et après avoir rappelé les noms de Championnière, de Terrier, de Péan — celui-ci venait de présenter à l'Académie ses premières opérées de kystes de l'ovaire, — Léon Labbé conquit, d'un seul coup, une renommée confinant à la gloire, par l'opération de « l'homme à la fourchette ». Date historique dans les annales de la chirurgie, s'il en fut jamais.

M. J.-L. Faure narre tous les détails de cette intervention et aussi... son épilogue. Les succès foudroyants que lui valut cette intervention ne furent pas pour lui attirer la sympathie active de ses collègues. Quand il se présenta à l'Académie, en 1879, il y eut une obstructiou féroce. Seuls, Gosselin, Ricord et son fidèle ami, Tillaux, qui avait fait du chemin depuis l'École de Caen, le soutenaient de toute leur influence. Ce sont là des événements qui ne sont pas faits pour nous étonner outre mesure. Heureusement tout est changé et nous savons tous que, de notre temps, ces petitesses ne se rencontrent plus »... En 1909, Léon Labbé, sénateur, membre de l'Institut, était président de l'Académie de médecine.

Léon Labbé écrivait peu, mais travaillait beaucoup, formant des élèves qui devaient continuer ses méthodes, tel Témoin de Bourges « qui, pendant près de cinquante années d'une magnifique et bienfaisante activité, a déroulé, dans le silence et la solitude, une des plus belles carrières chirurgicales qu'il soit possible de rêver ».

Mais Léon Labbé ne fut pas qu'un grand chirurgien, il fut un grand parlementaire.

« Pendant vingt-cinq ans, il s'est donné, tout entier, à ses fonctions parlementaires où l'on peut, suivant la façon dont on les remplit, faire tant de bien, mais aussi, faire tant de mal. »

Je ne pense pas altérer la pensée du maître éminent qui a nom Jean-Louis Faure, en disant que, dans cet éloge, prononcé au moment même où la Chambre délibérait dans une atmosphère de combat et où le Gouvernement prenait toutes précautions pour se garder d'un sursaut toujours possible du peuple de Paris, — en disant que la vie parlementaire de Léon Labbé était celle que l'orateur voulait, devantage, mettre en évidence

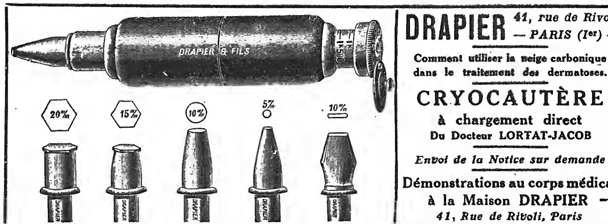
Quel parallèle il y aurait à faire entre la séance du palais Bourbon et celle de la rue Bonaparte au même jour, presque à la même heure.

Léon Labbé siège donc au Sénat : « Ce n'était pas, comme tant d'autres, poussé par le désir de détenir quelques lambeaux de cette puissance publique qui, si elle permet, quelquefois, de réaliser des œuvres utiles et de faire de grandes choses, ne sert trop souvent qu'à satisfaire les ambitions et les appétits suivant les méthodes et les habitudes dont nous avons, chaque jour, sous les yeux, le lamentable exemple ! Car les meilleurs eux-mêmes se voient trop souvent entraînés dans les batailles des partis par le vice irrémédiable d'un système vieilli dont les bons côtés disparaissent à mesure que s'accentuent les tares imposées par les nécessités, je dirai même, par les fatalités de la servitude électorale. »

J'entends encore les échos prolongés des applaudissements au soir du treizième jour de ce mois de décembre 1932...

Droiture, franchise, désintéressement furent les caractères de Léon Labbé au Sénat. « Il était de ceux qui condamnent l'incurie des pouvoirs publics attribuant des sommes misérables à l'outillage scientifique, alors qu'ils jettent des millions par centaines au gouffre des dépeuses électorales. »

Et comme les mêmes questions se renouvellent sans cesse, J.-L. Faure fait encore allusion à la nécessité des études classiques pour ceux qui veulent entrer dans la carrière médicale, opinion que défendait Léon Labbé et, à ce sujet, paraphrase son maître : « Il semble même que les plus acharnés à sa perte (l'éducation gréco-latine) et les plus convaincus de son inutilité, pour ne pas dire de sa malfaisance, soient, précisément, ceux qui ont poussé le plus loiu le commerce avec les grands esprits de la Grèce et de Rome. » Ces vieilles disciplines, J.-L Faure se refuse à les détruire de ses propres mains.



DRAPIER & FILS
20%
15%
10%
5%
10%
DRAPIER

VARIÉTÉS *(Suite)*

En vérité, chaque morceau de cette partie de discours est pour l'orateur l'occasion de sentir combien la foule est avec lui, en pleine communion d'idées...

Écoutez encore cette citation de Léon Labbé : « Nous faisons d'excellentes lois, mais souvent leur mise en action manque de sanction. La crainte de l'électeur, l'inertie de certaines municipalités et, l'on peut bien ajouter, la faiblesse des pouvoirs publics paralysent, à chaque instant, leurs meilleures dispositions. Et voici dénoncées depuis vingt ans, à la tribune du Sénat, cette crise funeste de l'autorité de l'État qui finira par devenir mortelle, si l'imminence du péril ne produit pas bientôt quelque réaction salutaire contre la capitulation des hommes qui devraient nous conduire devant la volonté de ceux dont ils sont les élus — puisque les fatalités de l'histoire ont voulu que les destinées de la France soient soumises à la Loi du Nombre et demeurent asservies aux caprices aveugles et aux appétits de la multitude. »

Et ceci fut prononcé à l'Académie de médecine : quel signe des temps !

L'orateur insiste sur deux points plus particuliers de l'action parlementaire de son héros : le vote de *la loi de trois ans* qui nous a permis de faire face à l'attaque brusquée que l'on sait, et le vote de *la loi Labbé* qui institua, dans l'armée, la vaccination obligatoire contre la fièvre typhoïde. Cette loi est du 28 mai 1914... Et, au cours de cette grande guerre, nous gardons le souvenir très précis d'une conversation que nous eûmes, dans le service des enfants que M. Jules Renault dirigeait à Saint-Louis. Notre maître, dont nous suivions depuis quelques années la clinique de pédiatrie, nous racontait ce qu'il avait vu sur le front : d'une part, la fonte des effectifs sous l'influence de la terrible épidémie et puis, très rapidement, cette épidémie rétrocéder dès que la vaccination fut systématiquement et énergiquement appliquée. Il n'est pas exagéré de le dire : sans le Service de santé, à ce moment précis de l'histoire de la guerre, la lutte eût été impossible.

Et nous devons féliciter respectueusement — mais hautement — M. J.-L. Faure de l'hommage public, si pleinement mérité, qu'il a rendu à ces maîtres de l'Institut Pasteur, « à celui que je vois au milieu de nous qui a chassé de nos armées la fièvre typhoïde et qui a pris ainsi à la victoire de la France une part plus grande peut-être — et non moins glorieuse — que celle de certains grands chefs dont l'image de marbre ou de bronze s'élève, déjà, sous le ciel comme un hommage fervent et mérité de la France reconnaissante ».

Léon Labbé, lui aussi, par la loi qui porte son nom, a bien mérité de la Patrie.

L'orateur ne nous a pas encore donné le portrait physique de celui qui resta comme une des grandes figures de la chirurgie contemporaine.

Grand, avec de larges épaules, donnant la sensation de force, portant droit une tête énergique dont les traits tourmentés ne peuvent sortir de la mémoire. Front dégarni, avec cheveux rejetés en arrière, sourcils épais, les yeux pénétrants d'une vivacité incroyable.

« Sa face colorée, mobile, extraordinairement expressive et vivante, rappelait certaines figures que l'on rencontre aux tableaux des vieux maîtres flamands. » Sa parole ? difficile, heurtée, parfois incorrecte. Mais quelle ordonnance et quelle force dans son argumentation emportant la décision de ses collègues du Sénat.

Et comme M. Jean-Louis Faure rappelle une lettre où M. Léon Labbé exprimait son doute sur les solutions à apporter aux grands problèmes économiques et sociaux, son commentateur ajoute : « De quoi ne douterait-il pas comme nous tous, hélas ! en voyant aujourd'hui la tragédie confuse et douloureuse où se débat le monde ? Nous sommes cependant la France. Qui donc, qui donc saura mettre au cœur des Français l'énergie, le courage, la volonté et, dans leur âme, la raison ? »

Membre de la Commission de l'armée dont il était l'un des plus influents, Léon Labbé écrivait le 20 mars 1916 sa dernière lettre, et cette dernière lettre était adressée à Clemenceau, « animateur de la Victoire et sauveur de la Patrie ».

Et le canon de Verdun — nuit et jour — ébranlait la terre. « En ces jours de deuil et de gloire, parmi les jeunes soldats qui s'avançaient, autour du cercueil de Léon Labbé la foule anxieuse et recueillie cherchait des yeux ceux qui allaient mourir. »

Et maintenant il repose, là-bas, au flanc de la colline qui domine la ville. Il est de ceux qui virent se transformer le monde... Il ne faut pas que nos enfants remontent le même calvaire... Léon Labbé ne nous dirait-il pas :

« Enseignez à vos fils, avant tout, le courage ; apprenez leur la volonté. Parlez-leur du travail plutôt que du repos ; de leurs devoirs plutôt que de leurs droits ; de discipline plutôt que de liberté. Parlez-leur de Fraternité... Mais on ne fraternise pas avec la Haine, le Mensonge et la Trahison... Réveillez-vous, fils de France. Si vous ne voulez pas revoir ce que vous avez vu, soyez loyaux, justes et généreux. Mais gardez le front haut, le cœur ferme et le bras solide... »

Oui, ce fut une ovation... Et chacun d'aller vers le maître qui avait dit tout haut les sentiments qui vivaient dans le silence de l'âme de chacun d'entre nous.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nous assistâmes à cette fin de séance.

Mais tout à fait au dernier instant, au niveau du grand escalier d'honneur, MM. Jules Renault et le médecin inspecteur général Sieur s'étaient attardés et celui-ci, avec une émotion qu'il ne cherchait ni à cacher ni à contenir, embrassa Jean-Louis Faure, et il nous sembla que la foule immense des Français de France enveloppait d'une même admiration et le grand hygiéniste et le savant inspecteur général des armées et le valeureux chirurgien...

MOLINÉRY.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Le premier Congrès français de gynécologie vient d'obtenir un brillant succès. La séance inaugurale eut lieu le 3 octobre, après l'ouverture du Congrès de chirurgie. Les travaux furent ouverts par le professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, professeur de clinique gynécologique, président d'honneur, entouré de MM. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le Dr Jayle, président du Congrès ; les professeurs Guyot (de Bordeaux), Martin (d'Angers), les Drs Bender, Pierra, vice-présidents ; le professeur Daniel, délégué du Gouvernement roumain ; les Drs Maurice Fabre, secrétaire général, et Papillon, trésorier.

Étaient présents : MM. les professeurs Jean-Louis Faure, Kœnig (de Genève), Keiffer (de Bruxelles), Labhardt (de Bâle), Sussi (de Gorizia), Gaifami (de Bari), Horno Alcorta (de Saragosse), Da Costa Sacadura (de Lisbonne), Aron (de Strasbourg), Laffont (d'Alger), Favreau (de Lille) ; les professeurs agrégés Zimmern, Heitz-Boyer, Ecalle, Guy Laroche, Jeanneney (de Bordeaux), A. Chalier et Cotte (de Lyon), Binet (de Nancy); les Drs Douay, Marcel Sénéchal, Chatillon, Aubert et d'Ernst (de Genève), Violet, Michon et Quincieu (de Lyon), Kraft (de Lausanne), Sappey (de Grenoble), Godlewsky (d'Avignon), etc.

Le discours du professeur Recasens débuta par un hommage à la France, amie fidèle de l'Espagne. Faisant ensuite l'historique de la gynécologie au cours de ces soixante-dix dernières années, M. Recasens insista sur l'évolution qu'a subie la gynécologie sous l'influence de la découverte des traitements physiothérapiques et endocrinologiques et termina en souhaitant que le nouveau groupement se livre à l'étude du traitement conservateur des inflammations utéro-annexielles, à celui du cancer utérin et de la stérilité.

M. Jayle, président, remercia M. Recasens d'avoir apporté à ce premier Congrès français de gynécologie le témoignage de sympathie de la gynécologie espagnole, et dans une vibrante allocution montra comment la gynécologie se séparait petit à petit de la chirurgie générale et de l'obstétrique pour marquer sa place parmi les autres spécialités.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1° *Hypophyse et ovaire*, rapport présenté par MM. Jayle et Hallion ;

2° *La diathermie en gynécologie*, rapport présenté par M. Xavier Bender.

Hypophyse et ovaire.

M. JAYLE, chargé de la partie anatomique du rapport, qu'il intitula : « Considérations générales, anatomie et données cliniques », consacra presque tout son travail à l'étude de l'hypophyse, la plus mal connue des deux glandes. M. HALLION fit un exposé très complet des relations physiologiques de l'hypophyse et de l'ovaire d'après les données expérimentales.

Ce rapport donna lieu à des discussions de la part de MM. Keiffer, Max Aron, Violet, R. Petit, Douay, Guy Laroche et Simonnet.

Ces derniers communiquèrent les résultats de leur expérience clinique durant deux années avec une hormone anté-hypophysaire. Ils ont constaté une action favorable dans environ 75 p. 100 des cas traités ; l'amélioration a porté sur la régulation des règles et les troubles qui les accompagnent, fétidité de l'écoulement, abondance du flux, douleurs, troubles vago-sympathiques. Tantôt l'effet dure longtemps, tantôt il s'épuise après quelques séries d'injections ; il faut alors le réactiver par des doses plus fortes ou par l'association avec d'autres hormones. Il leur a paru que ce sont les aménorrhées et les dysménorrhées des jeunes filles et des jeunes femmes qui réagissent le mieux à cette médication, mais on obtient aussi des succès à l'âge adulte ou chez les femmes qui font une ménopause précoce.

Les contre-indications à ce traitement sont peu nombreuses : inflammations pelviennes, hémorragies. Exceptionnellement les injections ont déterminé des réactions fébriles qui paraissent dues à la résorption des protéines, qui disparaîtront probablement avec une purification plus parfaite de l'extrait anté-hypophysaire.

Communications.

La physiologie nerveuse du col utérin (avec projections). — M. KEIFFER (de Bruxelles).

L'auteur, grâce à la méthode argentique de Bielchowski, a pu mettre en évidence la totalité du système neuro-végétatif et est arrivé à découvrir dans les faisceaux musculaires du sphincter, dans les tissus conjonctifs péri-sphinctériens ainsi que dans la muqueuse cervicale, toute une série de corpuscules sensoriels terminaux de types variés inconnus jusqu'ici.

La saignée générale dans certaines aménorrhées. — M. H. VIOLET (de Lyon).

Diététique en gynécologie. — MM. Gabriel et Roland LEVEN (de Paris).

Les auteurs montrent qu'une *diététique limitative* caractérisée par une précision absolue dans la fixation des quantités des aliments et des boissons, la nature des aliments étant bien moins importante, diététique prescrite pour des états gastro-intestinaux, agit très heureusement sur les affections gynécologiques les plus diverses.

Avec cette diététique limitative, ils ont souvent guéri ou amélioré considérablement ces affections gynécologiques sans autre aide. Ils ont toujours avec son emploi


On guérit
les verrues
sans cicatrices
quel que soit leur siège,
quel que soit leur nombre,
au moyen de la
Verrulyse
traitement
reminéralisant
d'une innocuité absolue.
Pour les enfants de 4 à 8 ans :
1 cachet tous les deux jours (30 cachets)
ou mieux : 1/2 cachet par jour pendant
60 jours, délayé dans un peu de potage.
A partir de 8 a. et pour les adultes :
1 cachet par jour pendant 60 jours.
Etablissements JACQUEMAIRE
Villefranche
(Rhône)


la seconde maman
Blédine
JACQUEMAIRE
D'abord le lait maternel
et ensuite
la Blédine
JACQUEMAIRE
farine spécialement préparée
pour les enfants en bas âge.
facilite la digestion du lait,
complète sa valeur nutritive,
favorise la croissance,
prépare le sevrage.
Demandez échantillons aux
Etablts JACQUEMAIRE
Villefranche (Rhône)

facilité la tâche du chirurgien ou du gynécologue, dans les cas où leur intervention s'imposait.

Ces remarques s'appliquent à un grand nombre de variétés pathologiques : troubles de la menstruation, dysménorrhées, métrites, hémorragies utérines (chez des dilatées gastriques). Ils ont même enregistré des cas de guérison de la stérilité.

Ces faits ne devaient pas les surprendre outre mesure, car depuis trente ans, l'un d'eux, dans ses publications sur l'obésité, signale que le traitement de l'obésité basé sur la guérison de la dyspepsie causale a une influence remarquable sur tous les troubles menstruels et même sur la stérilité.

L'épreuve du lugol dans le dépistage du cancer du col. — M. Léon POULIOT (de Paris).

Interprétation des symptômes consécutifs aux hystérectomies. — MM. Gabriel et Roland LEVEN (de Paris).

Des malades hystérectomisés présentent parfois des syndromes douloureux abdominaux pénibles et tenaces.

Souvent, l'opérateur les attribue à la production d'adhérences et propose une deuxième intervention.

La clinique nous a révélé avec une certaine fréquence chez ces malades l'existence d'une dilatation atonique de l'estomac.

Le traitement de cette dilatation avec la technique de Leven soulage instantanément ces malades et les guérit toujours.

Ces remarques conduisent à poser le problème suivant : la dilatation était-elle antérieure à l'opération ou a-t-elle été déterminée par l'intervention ? Ce premier problème donne naissance à un second : par quel mécanisme l'hystérectomie crée-t-elle la dilatation atonique ?

A la suite de la discussion qui s'est ouverte à la Société française de gynécologie à propos de la communication de M. Bender sur le « critérium de guérison de la blennorragie chronique de la femme », une commission de dix membres a été nommée. Elle réunissait des spécialistes en gynécologie, en uro-vénéréologie et en laboratoire. Réunie le 11 juillet 1932, cette commission a abouti aux conclusions suivantes :

1° *Diagnostic de la blennorragie chez la femme. — Aucun diagnostic de blennorragie chez la femme ne peut être posé sans examens bactériologiques.*

Ces examens seront pratiqués dans les conditions suivantes :

a. *Malade :* Pas de toilette et pas de miction récentes.

b. *Prélèvements :* Ils seront faits dans l'ordre suivant : urètre, glandes de Skeene, cryptes des lèvres, glandes de Bartholin, col et anus. Il est recommandé de nettoyer au préalable le museau de tanche et de faire pénétrer le platine à l'intérieur de la cavité cervicale, dont on pourra aspirer au besoin les glaires à l'aide d'une ventouse spéciale.

c. *Examen des prélèvements :* Les examens *directs* seront faits après coloration au bleu de méthylène et au Gram.

Le gonocoque ne sera diagnostiqué qu'à la condition expresse d'être trouvé en groupe et intraleucocytaire.

En cas de doute, il faudra procéder à de nouveaux examens *après réactivation de la malade.* Il sera même nécessaire de pratiquer une *culture*, mais avec *isolement et identification des germes.*

Au cas où dans ces conditions le gonocoque n'a pas été mis en évidence, il sera indispensable de procéder, avant de le mettre hors de cause, à des épreuves supplémentaires que l'on trouvera au diagnostic de guérison.

2° *Diagnostic de guérison.* — Il repose sur un *ensemble d'épreuves cliniques, bactériologiques,* et si possible *sérologiques.*

a. *Épreuves cliniques :* Elles dépendent évidemment de l'histoire de la maladie, du traitement qu'on lui a opposé, des complications qu'elle a présentées.

b. *Les épreuves bactériologiques* doivent être pratiquées après *cessation de tout traitement,* après *réactivation* (bière, eau de Vichy, nitrate d'argent urétral et cervical, injection de vaccin, diathermie) et surtout *à la fin des règles.*

Ces examens n'ont de valeur que dans la mesure où ils seront répétés, dans le même ordre, plusieurs mois consécutifs.

Si le gonocoque n'a pas été trouvé, il y aura intérêt à faire une *culture,* à la condition de s'entourer de toutes *garanties nécessaires* (discipline de prélèvements, qualité du milieu, isolement et identification) et en se rappelant que, dans ces *cas limites,* la culture du gonocoque est *particulièrement difficile.*

c. *Épreuves sérologiques :* La gono-réaction complétera utilement les épreuves précédentes. Mais il convient de se souvenir que la réaction présente des difficultés techniques, qu'elle peut rester positive au moins deux mois après guérison clinique et bactériologique et plus longtemps après *traitement vaccinal.* On ne négligera pas, en outre, certaines erreurs d'interprétation en cas de réaction de Wassermann positive et en cas de grossesse.

La diathermie en gynécologie.

M. Xavier BENDER présente un travail très complet au cours duquel il étudie la production des différents courants de haute fréquence, leurs effets sur l'organisme, es types d'appareils utilisés, les électrodes, leurs applications en gynécologie, leur technique. Il examine leurs indications particulières dans les différentes affections gynécologiques, il expose les accidents qu'une mauvaise technique peut faire courir au malade et engage les médecins à se livrer à un sérieux apprentissage avant de cs appliquer. Il conclut en disant que la diathermie employée judicieusement, par des médecins expérimentés, avec une bonne technique, sans être une panacée, doit occuper une place de premier rang parmi les moyens thérapeutiques dont dispose le gynécologue. Dans certains cas elle guérira à elle seule, dans d'autres elle apportera une aide efficace aux traitements médicaux ou chirurgicaux auxquels elle sera associée.

M. HEITZ-BOYER félicite vivement le rapporteur. Il apporte à la discussion le tribut de son expérience personnelle en ce qui concerne en particulier l'électrocoagulation et l'emploi du bistouri diathermique, et invite les médecins à n'employer les courants de haute fréquence qu'après en avoir appris parfaitement les effets et les indications.

M. ZIMMERN expose les origines de la diathermie

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

naguère indifférente aux médecins et aujourd'hui adoptée dans toutes les spécialités. Il insiste sur son mode d'action, action analgésique commune à tous les agents thermiques, action hyperémique qui résulte du processus de défense de l'organisme contre les calories en excès, menaçantes pour la fixité de la température locale. C'est de cette double action que dépendent les indications et les contre-indications de la diathermie, abstention dans les formes ou les poussées aiguës des annexites, indication fidèle dans les formes chroniques. En ce qui concerne les moyens de mesure, l'ampèremètre doit être considéré comme un instrument fallacieux et trompeur, puisque le flux qui le traverse rencontre dans son fil une simple résistance ohmique, tandis que l'organisme lui oppose une résistance ohmique plus une résistance de capacité perdue pour l'effet thermique et qui est éminemment variable avec toute une série de conditions. Si, dans les applications transabdominales, on peut, lorsqu'on a acquis une certaine expérience des applications, se passer de la mesure thermométrique, celle-ci, comme la mesure pyrométrique, est indispensable, non comme mesure précise, mais comme test du degré d'échauffement, dans les applications vaginales et rectales.

M. J.-E. MARCEL croit qu'il y a intérêt à conserver des dénominations exactes qui ne prêtent pas à confusion. Il préférerait au rapport si complet et si remarquable de M. Bender le titre de « Haute fréquence » en gynécologie. Il croit également que le terme de diathermo-coagulation est plus précis que celui trop générique d'électro-coagulation.

La prise de température dans les applications diathermiques lui apparaît un guide infiniment utile, mais non indispensable. En effet, la diathermie n'agit pas simplement par son effet calorique, mais aussi par la haute fréquence qu'elle constitue. D'autant plus que la chaleur intense, dont l'effet bactéricide est infiniment moins net *in vivo* qu'*in vitro*, se montre assez souvent en pratique funeste. Il est donc inutile d'atteindre les limites tolérables et par conséquent dangereuses. Enfin, comme aucun moyen scientifique ne permet actuellement d'avoir une impression exacte sur la température développée par les courants diathermiques dans les régions interposées, il faut se contenter de mesures relatives auxquelles le thermomètre paraît suffisant. C'est pourquoi l'auteur l'a conservé sur la plupart de ses électrodes. La sensation de la malade n'est pas non plus négligeable lorsqu'on augmente lentement et progressivement l'intensité.

Il y a également intérêt à employer des électrodes *isolées* sur leur parcours cutané : les téguments, de par leur résistance électrique et leur vascularisation moindre, ne supportant jamais ce que tolèrent les muqueuses.

Les contre-indications de la diathermie vaginale sont les poussées aiguës, contre-indication formelle, et les hémorragies, contre-indication qui souffre deux exceptions : certaines hémorragies par endométrite et tels fibromes accompagnés de cervicite et d'annexite dont les métrorragies diminuent et même disparaissent grâce à la diathermie.

M. GASQUET pense qu'il y a avantage à combiner chaque séance de diathermie gynécologique avec un lavement gazeux de radon, introduit lentement dans l'ampoule rectale, sous un volume de gaz variant de 90 à 150 centimètres cubes et contenant 600 millimicrocuries d'émanation. Cette technique simple, combinant la diathermie et l'émanothérapie dans un même acte médical, permet de diminuer le nombre de séances, tout en obtenant un effet sédatif très marqué. Le lavement émanothérapique peut également être employé dans les cas aigus et subaigus, au lit de la malade, comme cure préparatoire du temps où la diathermie deviendra possible.

M. DOUAY fait l'exposé des résultats obtenus dans le service du professeur J.-L. Faure à Broca par la diathermie proprement dite, l'électro-coagulation, le bistouri et la curette diathermiques.

MM. de FOURMESTRAUX, KRAFFT, AUBERT, ROUCAYROL, MORAN, PECKER, KŒNIG, interviennent également dans la discussion.

M. CHAGAVAT se trouve d'accord avec le rapporteur quant aux conclusions de ce dernier. Par contre, il continue les applications diathermiques pendant les règles. En outre, il ne croit pas à la nécessité du contrôle de la température, n'ayant jamais eu un accident quelconque sur plusieurs centaines d'applications de diathermie.

Au point de vue de la diathermo-coagulation des métrites externes, il conclut qu'on a, là, un des meilleurs traitements pour ces affections et qui aboutit presque toujours à la guérison.

Le Dr Chagavat termine par la diathermie et les assurances sociales ; il est nécessaire que les caisses n'ignorent pas la longueur de ce traitement et la fréquence des séances pouvant aller jusqu'à une cinquantaine par cure. Presque toujours aussi on évite ainsi des opérations mutilantes à beaucoup de malades.

Diathermo-coagulation préopératoire du col avant hystérectomie pour cancer de l'utérus. — M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres).

M. de Fourmestraux emploie la diathermo-coagulation dans le cancer du col avant hystérectomie. Il pense que cette intervention de technique simple et hors de danger peut être un auxiliaire précieux dans la lutte anticancéreuse.

Electrodes gynécologiques de diathermie et de diathermo-coagulation extra et intracervicales. — M. J.-E. MARCEL (de Paris).

L'auteur présente son appareillage diathermique et de diathermo-coagulation largement décrit par M. Bender dans son rapport.

Electrodes diathermiques. — Ces électrodes sont isolées sur leur parcours cutané. La connexion avec le câble se fait à frottement dans un cône à quatre branches à l'intérieur même de la gaine isolante. Les électrodes sont à extrémité mousse, sans cupule ni surface biseautée dont l'intérêt est beaucoup plus théorique que pratique. Les électrodes sont, pour la plupart, pourvues d'une cannelure thermométrique. Il a été construit sur ces principes une électrode *vaginale* de gros et moyen calibres, une électrode *rectale*, une électrode *urétrale* et une électrode *vaginale en fourche* ou *en V*, s'employant avec deux plaques ventrales et indiquées dans les affections annexielles. Dans certains cas le *cadre diathermique*, par

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

son confort, la contention parfaite des électrodes et son emploi facile sur tous les lits, offre toute sécurité.

Electrodes de diathermo-coagulation. — Elles ont été étudiées surtout pour combattre l'endocervicite, seule affection qui présente un intérêt pathologique et par conséquent thérapeutique.

Dans les applications *endocervicales*, la *curette diathermique* est utile pour les métrites polypeuses exubérantes ; les *électrodes à arêtes* atteignent plus sûrement les lésions glandulaires qu'une *nouvelle électrode* strictement *isthmique* supprime quand elles sont localisées à ce niveau.

Dans les applications *externes* d'un intérêt secondaire, l'électrode *conique* est réservée aux exocervicites *périorificielles*. Lorsque l'ulcération déborde sur tout le museau de tanche, l'étincelage de tension avec une *électrode en plateau* paraît donner des résultats plus réguliers que la diathermo-coagulation bipolaire ou biactive.

Communications chirurgicales.

Le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. — M. H. VIOLET (de Lyon).

Etude expérimentale de la torsion de la trompe utérine saine. — M. Marcel SÉNÉCHAL (de Paris).

L'auteur expose que les travaux antérieurs sur la question laissent la pathogénie de cette affection dans le domaine de l'hypothèse.

Ayant trouvé dans les travaux de Uhlmann, de Berne, sur le dosage des hormones ovariennes, une figure d'augmentation considérable et de torsion de la corne utérine et des annexes d'une lapine à la suite d'injections sous-cutanées de sistomensine, il entreprit, avec la collaboration de son assistant P. Rouzaud, de provoquer des phénomènes plus accentués, espérant parvenir jusqu'aux accidents de la torsion, en forçant les doses d'hormone injectées.

Une difficulté est née de l'utérus didelphe des rongeurs en expérience. Ce ne sont, en effet, dans l'échelle animale, que les rongeurs et les primates dont les organes génitaux femelles sont comparables à ceux de la femme.

L'expérimentation poursuivie sur des lapines avec la sistomensine Ciba et des cobayes avec la folliculine injectable Choay n'a pas donné le résultat escompté. On n'a pu noter qu'une augmentation importante du développement des organes génitaux et du développement général des animaux en expérience par rapport aux témoins.

Cependant l'auteur conclut :

1° Que l'action seule de la sistomensine et de la folliculine est incapable de provoquer les torsions d'organes génitaux internes de la femelle des rongeurs, jusqu'à produire des accidents ;

2° Qu'il faut rechercher dans la torsion de la trompe chez la femme jeune et la jeune fille une action mécanique facilitée par une laxité particulière des ligaments fixateurs ;

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

3° Que, cependant, l'action hyperémiante des sécrétions internes de l'ovaire doit être une cause favorisante de la torsion et qu'elle est nécessaire à l'apparition des accidents ;

4° Que, s'il n'a pu reproduire les constatations de Uhlmann, c'est que probablement ses conditions d'expérimentation ont été mauvaises, sans que son échec infirme les résultats obtenus par cet auteur.

Il se propose de poursuivre ses recherches dans le sens qu'il vient d'indiquer et souhaite que d'autres expérimentateurs entreprennent des recherches analogues.

Fibrome utérin et endométriome de l'ombilic. — M. L. AUBERT (de Genève).

Métastases osseuses d'un séminome double de l'ovaire. — M. H. KRAFFT (de Lausanne).

Un cas complexe de fibromes utérins nécrobiosés et d'épithéliomas de la muqueuse du corps. Traitement radiologique puis hystérectomie abdominale totale. — M. Ch. MARTIN (d'Angers).

A propos du Mickulicz dans l'opération du cancer utérin. — M. R. HORNO ALCORTA (de Saragosse).

La sympathectomie chimique en gynécologie. — M. A. BINET (de Nancy).

L'auteur rappelle le schéma de l'innervation sympathique de l'appareil génital tel qu'il l'a figuré dans son livre récent sur « La vie sexuelle de la femme ». Ce schéma permet de saisir les points où le sympathique peut être atteint par la thérapeutique chirurgicale.

M. Binet expose sa technique de sympathectomie chimique au moyen d'une solution stérilisée de tricrésol 6 p. 100 injectée sous le péritoine pariétal postérieur au niveau du promontoire, ainsi qu'au niveau des ailerons de l'ovaire et même des ligaments larges.

L'auteur consigne ensuite les résultats obtenus à la clinique de gynécologie qu'il dirige à la Faculté de médecine de Nancy et termine son exposé en signalant les faits expérimentaux de sympathectomie chimique dont le détail figurera dans la prochaine thèse de son élève Mlle Rayer.

Traitement des prolapsus par voie uniquement vaginale (méthode de Halban). — M. R. KŒNIG (de Genève).

Colpo-périnéo-kleisis subtotale pour le prolapsus des vieilles femmes. — M. A. LABHART (de Bâle).

Le lever précoce après les interventions gynécologiques. — M. André CHALIER (de Lyon).

C'est dans la chirurgie gynécologique, et plus particulièrement à la suite des opérations pelviennes, que le lever précoce rencontre ses plus nombreuses indications. L'auteur montre que, s'il est ordinairement impossible de faire lever les opérées le jour de l'intervention et le lendemain, par contre la plupart peuvent et doivent se lever au bout de quarante-huit heures ; bien rares sont celles qui n'ont pu effectuer leur premier lever dans les cinq jours, limite au delà de laquelle le lever ne mérite plus d'être qualifié de précoce.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Selon Chalier, la sécurité de la méthode réside dans une réfection très soigneuse de la paroi, en quatre plans, avec, comme temps principal, la suture des aponévroses par des points séparés, assez rapprochés, aux crins perdus et à nœuds profonds. Il y ajoute, à titre de renfort, par-dessus le pansement, une véritable carapace de sparadrap perforé, encerclant la moitié antérieure de l'abdomen.

Grâce à ces conditions techniques, il n'a observé aucun des accidents redoutés par les adversaires de la méthode : grands hématomes, suppurations tardives, cicatrices dolentes, éventrations immédiates ou lointaines.

Parmi les avantages, il signale surtout le rétablissement rapide des fonctions des réservoirs, la suppression ou l'amélioration de la « crise des gaz », des complications pulmonaires, l'euphorie des opérées, le gain de temps et, plus particulièrement, le rôle efficace du lever précoce dans la prophylaxie des thromboses, phlébites et embolies post-opératoires.

Le lever précoce n'est guère contre-indiqué que dans les cas d'hémorragie, de collapsus cardiaque et d'infection péritonéale, avérée ou menaçante. Il trouve ses plus courantes indications après l'ablation des fibromes utérins, des kystes ou tumeurs de l'ovaire, des cancers de l'utérus, après le traitement radical ou conservateur des annexites, en un mot après toutes les opérations pelviennes, septiques ou aseptiques, qui, à la faveur de la stase veineuse chez des sujets prédisposés, peuvent s'accompagner, trop souvent, de complications thrombo-emboliques. Il est indiqué aussi après l'hystérectomie vaginale, la périnéorraphie isolée ou associée à l'hystéropexie abdominale, et même après le curettage *post abortum*, dès qu'on est tranquille sur l'infection.

ÉCHOS

DISCIPLINE DE LA PUBLICITÉ MÉDICALE EN YOUGOSLAVIE

Le gouvernement de la Yougoslavie a décrété que toute publicité médicale doit être soumise à l'examen d'un conseil d'experts attaché au ministère de la Défense sociale et de la Santé publique. Chaque demande doit être accompagnée du texte à publier, des illustrations éventuelles, d'une copie de l'autorisation de vente des produits annoncés, de tous les faits concernant les produits et d'un reçu d'un versement de taxe égal à 900 francs environ. On doit envoyer au conseil la première copie des périodiques dans lesquels sont publiées les annonces, et une copie mensuelle pour les quotidiens et une trimestrielle pour les revues.

Tous les annonces doivent porter l'approbation du ministre avec le numéro et la date. Ces directives sont en vigueur, soit pour les grandes maisons de commerce, soit pour les producteurs et commerçanss du pays ou de l'étranger. Elles sont en grande partie copiées sur les dispositions en vigueur en Italie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 8 décembre 1932.

La névrite optique de l'arsenic pentavalent. — MM. SÉZARY et DE FONT-RÉAULX ont étudié les conditions dans lesquelles survient la névrite optique au cours des traitements par l'arsenic pentavalent, afin d'en déduire les moyens d'éviter cette redoutable complication.

Après en avoir précisé la symptomatologie, ils montrent qu'elle a une fréquence variable avec la constitution chimique des divers composés. Elle est généralement due à l'emploi de doses trop fortes par injection ou de doses trop rapprochées, ou à l'introduction par voie intraveineuse. Son apparition est grandement favorisée par l'existence d'une lésion antérieure de la rétine ou du nerf optique, d'une affection grave des centres nerveux, telle que le tabes, ou de diverses affections viscérales.

Pour prévenir cet accident, les auteurs recommandent une grande prudence dans l'emploi de la médication arsenicale, une grande rigueur dans sa posologie et une grande attention dans la recherche des contre-indications.

Etude sur quelques cas de névrite optique arsenicale. — MM. SÉZARY et BARBÉ, ayant eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de névrite optique dus à l'arsenic pentavalent, montrent que chacun d'eux peut s'expliquer par une posologie incorrecte ou par une contre-indication méconnue. La complication oculaire indique une fragilité spéciale du nerf et nécessite l'abstention définitive de l'arsenic pentavalent, bien que dans certains cas les lésions ne se soient pas aggravées par la continuation du traitement. Il ne s'agit pas de la réactivation d'une lésion syphilitique du nerf, car l'examen du liquide céphalo-rachidien fait dans 5 cas avant et après l'accident n'a pas montré de réaction méningée. Ainsi donc l'idiosyncrasie semble jouer un rôle presque négligeable et la connaissance des causes favorisantes de la névrite optique arsenicale nous permettra d'éviter le plus souvent cette complication.

Sept cas de syndromes agranulocytaires auriques. — MM. AMEUILLE et BRAILLON présentent sept observations de syndromes agranulocytaires survenus au cours de l'aurothérapie.

Deux seulement de leurs malades ont présenté l'image typique de l'agranulocytose classique ; chez les autres, il a fallu dépister l'atteinte du sang derrière des symptômes souvent minimes, surtout des poussées thermiques prolongées, consécutives à l'administration de l'or. Trois cas seulement sur les sept ont été mortels.

Ils estiment que l'agranulocytose aurique est un accident assez rare, ne se montrant pas plus souvent que dans un cas sur mille, qu'elle est à peu près indépendante de la quantité d'or administrée, qu'elle est grave puisqu'un malade sur deux y succombe, qu'enfin elle est souvent méconnue puisqu'on n'en a la preuve qu'en faisant systématiquement des examens de sang dans tous les cas suspects.

Ils pensent que les accidents sanguins de l'aurothérapie sont de beaucoup les plus graves qu'on puisse observer du fait du traitement et qu'ils paraissent les seuls mortels.

M. P.-E. WEILL se demande si les résultats du traitement aurique, mis en balance avec ses accidents, en permettent la continuation avec la rigueur actuelle. Il ne lui reconnaît aucune utilité dans la tuberculose pulmonaire ; seul le rhumatisme chronique en bénéficierait.

M. TZANCK insiste sur l'efficacité du traitement aurique dans les tuberculoses cutanées.

M. AMEUILLE souligne le peu de fréquence de l'agranulocytose aurique et surtout des cas mortels. Il ne croit pas à l'utilité de la prudence en matière de traitement aurique, car les accidents surviennent aussi bien avec les doses de 5 centigrammes qu'avec les doses fortes.

M. COSTE souligne l'heureuse action de l'or dans le rhumatisme chronique.

Les preuves de l'allergie mycosique. Intradermo-réaction et vaccinothérapie spécifiques. — MM. JAUSION, DE LIMA, GUILLAUD-VALLÉE et PAGÈS, continuant la série de leurs recherches sur l'allergie mycosique, ne retiennent des divers tests proposés pour en affirmer l'existence, que l'intradermo-réaction avec les toxines génériquement appelées « trichophytines ». Ils les veulent, pour leur part, complètement exemptes d'albumines. Ils ne vont pas jusqu'à exiger de l'intradermo-réaction qu'elle reproduise la maladie. Comme autre preuve de l'origine mycosique d'une dermatose, ils proposent le traitement par leur clasine polymycosique qui permet non seulement de blanchir ces dermatomycoses, mais de négativer l'intradermo-réaction.

L'allergie mycosique dans le lichen plan. — MM. JAUSION, GUILLAUD-VALLÉE et PECKER croient que le lichen est lié à l'allergie mycosique, dans la majorité des cas du moins.

L'étude de 24 malades leur a montré que la papule lichénienne peut naître à distance du chancre parasitaire, à son voisinage ou sur place, voire, comme les auteurs l'ont observé, sur le foyer même d'une trichophytie circinée. Le lichen buccal serait éveillé par tout contact de la muqueuse avec l'antigène mycélien. La stomatite lichénienne originelle pourrait n'être parfois qu'une stomatite mycosique.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique s'est montrée positive pour tous les cas de lichen cutanés muqueux ou mixtes, examinés jusqu'à ce jour. Tous les malades ont été cicatrisés, ou fortement améliorés par la clasine polymycosique.

L'allergie mycosique dans le psoriasis. — MM. JAUSION et GUILLAUD-VALLÉE évoquent le rôle de l'allergie mycosique dans le psoriaris, qui paraît, pour la majorité des cas, relever de cette origine. Ainsi se confirmerait comme légitime le rapprochement étiologique entre psoriasis et parakératoses psoriasiformes, telles ces parakératoses levuriques si remarquablement étudiées par Ravaut et ses élèves. Sur 54 malades observés, 37 étaient simultanément porteurs d'épidermophytie inguinale ou d'intertrigos mycosiques; 44 ont réagi très positivement à une mycotoxine ; 45 ont obéi au traitement myco-vaccinal, dont 29 ont été intégralement blanchis, à la faveur, il est vrai, de traitements très prolongés.

Le psoriasis est donc une réaction cutanée, la réponse de la constitution parakératosique à des antigènes très divers, de provenance mycélienne pour la plupart. C'est pourquoi il blanchit à la fois grâce à des médicaments de terrain (chimiothérapie) et à des vaccinothérapies spécifiques (clasines polymycosiques).

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Pronostic de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson. — M. COMBY, à propos de la communication de M. Ameuille sur la curabilité spontanée de certaines tuberculoses pulmonaires évolutives, rappelle que les pédiatres ont montré depuis longtemps l'existence de tuberculoses pulmonaires curables chez le nourrisson. Il apporte plusieurs faits à l'appui de cette assertion.

M. GRENET a observé, chez deux frères, deux granulies qui ont guéri.

M. RIBADEAU-DUMAS souligne l'importance du critère anatomique ; il est fréquent que l'autopsie vienne infirmer un diagnostic de granulie.

Sclérodermie bronzée cachectisante. — MM. LÆDERICH, MAMOU et BEAUCHESNE rapportent l'observation d'une femme de cinquante-deux ans chez laquelle s'est installé à la ménopause un syndrome caractérisé par des troubles de l'état général confinant à la cachexie, un syndrome de Raynaud, une sclérodermie généralisée à début œdémateux et à évolution rapide, accompagnée d'une mélanodermie intense du type addisonien et d'hypotension avec asthénie. L'évolution fut rapide en deux mois. A l'autopsie, cirrhose du foie, lésions pluriglandulaires et adénomes corticaux surrénaliens.

Ces lésions glandulaires complexes expliquent pour les auteurs l'insuccès de la parathyroïdectomie ou de l'opothérapie parathyroïdienne dans certaines sclérodermies.

M. GUY LAROCHE a observé un cas de sclérodermie typique guérie par la parathyroïdectomie ; mais au bout de quinze jours la malade fit une récidive. Il souligne l'influence de la parathyroïde sur le tissu conjonctif.

M. WEISSENBACH souligne le caractère toujours transitoire de l'amélioration après parathyroïdectomie.

M. LABBÉ montre le paradoxe qui existe entre le dysfonctionnement des glandes endocrines et leurs lésions anatomiques.

Séance du 16 décembre 1932.

A propos de la bacilliémie tuberculeuse. — M. SERGENT, à propos de la communication récente de M. et Mlle Mach sur la bacillémie tuberculeuse, expose ses conceptions sur ce problème. Il ne pense pas que tous les bacilles de sortie soient avirulents et réserve même le terme de bacilles de sortie aux bacilles virulents. Les décharges bacillaires de cet ordre ne lui semblent pas toujours pathologiques ; elles ne suffisent pas à démontrer la nature tuberculeuse d'une maladie.

Sur un cas de pleurésie purulente à streptocoques guérie par la thoracoplastie. — MM. LÉON BERNARD, MAURER, TRIBOULET et LELONG rapportent l'observation d'une malade qui, à la suite d'une thrombophlébite pelvienne postabortive, présenta une suppuration pulmonaire compliquée de pleurésie purulente à streptocoques. Cette dernière se compliquait au bout d'un an de perforation pulmonaire. Dans un cas de cet ordre, une pleurotomie n'aurait pu être efficace ; aussi M. Maurer pratiqua-t-il une thoracoplastie large avec désarticulation des côtes le long de la colonne vertébrale et section des apophyses transverses. La guérison fut obtenue vingt-huit jours après le dernier temps opératoire.

M. MAURICE RENARD pense qu'une bonne pleurotomie aurait donné les meilleurs résultats, surtout si elle avait été pratiquée avant le passage à la chronicité.

M. MAURER ne pense pas que même avec un très bon drainage il eût été possible de guérir une telle malade par pleurotomie ; de nombreux cas lui ont prouvé que la pleurotomie n'était pas toujours efficace.

Cardiopathie tuberculeuse et son traitement efficace par la tuberculine. — M. J. MONTES PAREJA (Montevideo) publie un cas de pancardite probablement tuberculeuse dont l'évolution vers l'asystolie irréductible ne put être enrayée que par la tuberculinothérapie. Celle-ci réussit non seulement à parer aux accidents d'insuffisance cardiaque, mais à permettre au malade de reprendre sa rude tâche de manœuvre.

Diagnostic de l'ulcère gastrique et du cancer ulcériforme. — M. R.-A. GUTMANN a observé un malade atteint de cancer gastrique dont la symptomatologie initiale clinique et radiologique avait simulé l'ulcère. Les caractères essentiels qui permettent de penser au cancer dans un tel cas sont l'âge du sujet, la durée anormale de la première période douloureuse, la disproportion entre la taille de la niche et la brièveté de l'histoire clinique, l'irrégularité des contours de cette niche, l'absence de rétraction de la petite courbure, la continuation des douleurs qui n'ont pas le caractère périodique habituel, enfin la persistance après gastro-entérostomie des douleurs et de la niche.

M. HAVEM rappelle l'intérêt de l'examen du suc gastrique pour faire le départ entre ulcère et cancer.

Le devenir des parkinsoniens. — MM. MAURICE RENAUD, MIGET et BRIZARD, reprenant des documents publiés en 1923 et les complétant par des observations de malades dont certains furent suivis plus de dix ans (au total 65 sujets), concluent que le syndrome parkinsonien est constitué par des troubles fonctionnels dont la stabilité indique que la lésion dont ils dépendent est depuis longtemps éteinte.

Pendant une période de deux, trois ou quatre ans au plus, le syndrome s'amplifie et s'accentue ; puis il se fixe et on ne voit plus alors ni survenir de signes nouveaux, ni les signes présents augmenter d'intensité.

Le parkinsonisme ne menace donc pas directement la vie. Si la mortalité est pourtant très élevée (50 p. 100 dans les dix premières années), c'est en raison de l'intervention de maladies intercurrentes et particulièrement de la tuberculose.

La tuberculose des parkinsoniens. — MM. MAURICE RENAUD, MIGET et BRIZARD, après avoir constaté que tous les parkinsoniens dont ils avaient fait l'autopsie étaient atteints de grosses lésions de tuberculose pulmonaire, non seulement évolutive, mais souvent de forme aiguë et à marche rapide, et avoir recherché systématiquement la tuberculose pulmonaire chez tous leurs malades, concluent que la déchéance et la cachexie dans laquelle tombent les parkinsoniens n'est pas le fait des désordres de la vie végétative qui restent toujours minimes chez de tels malades et qu'elle est dans la règle sous la dépendance d'une poussée de tuberculose.

M. PARAF n'a pas observé un seul cas d'évolution tuberculeuse chez des parkinsoniens ; jamais il n'a observé chez eux d'affaiblissement de la cuti-réaction témoignant d'un état anergique.

M. CROUZON est très surpris de la proportion de tuberculeux trouvée par M. Renaud. Il croit que si la maladie

de Parkinson d'autrefois est souvent fixée, le paukinsonisme postencéphalitique est presque toujours évolutif.

M. Dufour pense qu'on peut expliquer l'apparition de la tuberculose par des troubles trophiques d'origine postencéphalitique et surtout par la sous-alimentation.

M. Renard souligne qu'il n'a en vue que les parkinsoniens postencéphalitiques. Il n'a jamais constaté chez eux d'anergie ; la maladie de Parkinson ne fait pas contracter la tuberculose, mais la fait évoluer rapidement. Cette tuberculose, le plus souvent méconnue, est habituellement une découverte d'autopsie.

Signes humoraux de néphrose lipoïdique succédant à une néphrite aiguë et précédant pendant plusieurs mois l'apparition des œdèmes. MM. Étienne Bernard et Guillaumin présentent l'observation d'un homme de trente ans chez qui, après une néphrite aiguë, s'est installée une albuminurie chronique (5 à 8 grammes par litre). Chez ce malade, l'albuminurie est le seul symptôme morbide apparent. Mais les examens de sang montrent l'existence des stigmates humoraux de la néphrose lipoïdique. Le traitement d'Epstein est institué ; mais il demeure sans effet, car deux mois plus tard les œdèmes font leur apparition et deviennent vite importants et tenaces.

Les auteurs soulignent cette apparition des signes de néphrose secondairement à l'évolution d'une néphrite aiguë. Ils insistent sur ce fait nouveau que constitue le diagnostic de néphrose lipoïdique porté avant l'apparition des œdèmes et sur l'échec du traitement d'Epstein bien qu'institué d'une façon particulièrement précoce. D'autre part, le fait que le malade pendant plusieurs mois n'a pas présenté d'œdèmes, alors qu'il avait manifestement un abaissement de la tension osmotique de ses protéines sanguines, autorise les auteurs à noter, après d'autres, combien la théorie de Govaerts sur la pathogénie des œdèmes brightiques se heurte aux faits observés. Enfin la notion d'une hyperlipidémie précédant de loin l'apparition des œdèmes n'autorise qu'en apparence à rapporter les lésions du rein aux modifications des lipides sanguins, car la connaissance d'une albuminurie datant de plusieurs années trahit dans ce cas l'ancienneté de l'insuffisance rénale.

M. M. Labbé souligne l'intérêt de cette observation qui montre une fois de plus que la néphrose lipoïdique n'est pas une entité autonome mais une forme de néphrite.

Nécrologie. — Le président fait part à la Société du décès de M. Thayer (de Baltimore), membre correspondant.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1932.

Ablation d'un gros tophus goutteux. — Un nouveau cas est communiqué par M. Lenormant.

Dislocation du carpe. — M. Fredet rapporte une observation de MM. Guinard et Grappin, concernant une luxation bilatérale réduite à la douzième heure. Guérison.

Luxation intracoracoïdienne compliquée de fracture. — M. Leveuf analyse cette observation de M. Sabadini qui obtient la guérison par réduction sanglante sans ostéosynthèse.

Rupture traumatique de kyste hydatique. M. Chureau communique une observation analysée par M. Proust et concernant un kyste hydatique du lobe de Spiegel. L'auteur marsupialise la poche et met en place un mikulicz.

Rupture spontanée de l'œsophage. — M. Proust analyse une observation de MM. Girard et Kimel, caractérisée par l'apparition brutale et douloureuse d'un hydropneumothorax. La ponction ramena un liquide trouble et acide. La mort survint rapidement. A l'autopsie, on découvre une perforation, par œsophagite du tiers inférieur de l'œsophage.

Fracture de l'éperon olécranien. — M. Picot analyse ce travail de M. Talheimer. L'auteur a observé trois cas de cette maladie peu connue en France : il insiste sur la fréquence de la bilatéralité, sur l'importance diagnostique de la radiographie, enfin sur les complications (hygroma, fractures). Le traitement consiste dans l'ablation de l'éperon et de la bourse séreuse.

Cancer de la langue et électro-coagulation. — M. Germez l'emploie dans les cancers avancés, avec de bons résultats immédiats et sans aucune complication. Secondairement on pratique l'adénectomie.

Fractures des transverses lombaires. — MM. Chevrier et Elbins en ont observé deux cas. Ils insistent sur les points suivants : multiplicité des fractures à la suite de traumatismes souvent légers. Suites satisfaisantes.

M. Mouchet a observé des soudures incomplètes des transverses qu'il ne faut pas prendre pour des fractures.

Péritonite encapsulante tuberculeuse. — M. J.-Ch. Bloch en a observé un cas, qu'il a opéré en occlusion aiguë ; il dut libérer plusieurs anses et en reséquer une. Mort.

M. Métivet insiste sur la gravité de la radiographie dans les occlusions chroniques.

A propos des troubles mécaniques vésiculaires sans lithiase. — M. Okinczyc en a observé deux cas, dans lesquels la simple cæco-colopexie a amené la guérison. Il juge cette façon de faire très supérieure à une intervention directe sur les voies biliaires.

Pancréas aberrant. — M. Okinczyc a observé deux nouveaux cas de pancréas aberrants duodénaux et les a vérifiés opératoirement. L'auteur oppose les cas d'îlot sain et d'îlot atteint de pancréatite ; dans les deux cas, l'ablation de la tumeur s'impose.

Luxation incoercible de la hanche. — M. Basset a dû, après de multiples insuccès, se résoudre à l'intervention. Il a fait une butée sus-cotyloïdienne avec un bon résultat.

Henri Redon.

Séance du 30 novembre 1932.

Péritonite encapsulante. — M. Wilmoth précise que le grand épiploon est le plus souvent indemne au cours de cette affection.

Pancréas aberrant. — M. Wilmoth en a observé un cas.

Fracture des costoïdes lombaires. — M. Mondor en a observé plusieurs cas après des traumatismes minimes. La guérison par le repos fut la règle.

Sarcome de la cloison recto-vaginale. — M. Baumgartner rapporte une observation de M. Barret (d'Angoulême). Extirpation par voie abdominale.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. BRÉCHOT a également observé un sarcome.

MM. MAUCLAIRE, CHEVASSU et BASSET ont, chacun, observé une tumeur lymphatique de cette région.

Adénopathie mésentérique. — M. OBERTHUR (M. SORREL, rapporteur) a observé un cas d'adénite cliniquement perceptible, et d'origine bacillaire.

M. ARON a observé des cas identiques.

M. MÉTIVET signale d'importants travaux scandinaves sur ce sujet.

Rupture d'un kyste hydatique. — M. VERGOZ (d'Alger) (M. MONDOR, rapporteur), en a observé un cas, se traduisant par un tableau clinique d'hémorragie interne avec plaques urticariennes. Laparotomie et tamponnement suivi de guérison.

M. PIERRE DUVAL a observé et guéri un cas identique pendant la guerre.

M. ROBERT MONOD également.

Luxation habituelle de la rotule. — M. ARNAUD (de Marseille) (M. CADENAT, rapporteur) préconise l'opération d'Ugo Camera, consistant en une ligamentopexie capsulaire avec transplantation interne du tendon rotulien.

M. MOUCHET préfère l'opération de KROGIUS-LECÈNE, qui a donné également un excellent résultat à M. MOURE.

Ostéome du maxillaire. — M. CADENAT rapporte une observation de M. BRUGEAS (de Shanghaï) qui a guéri son malade par extirpation.

Splénomégalie avec éosinophilie. — M. GRÉGOIRE rapporte cette observation de MM. GUIBAL et RÉMY. L'éosinophilie élevée (43 p. 100) fait penser au kyste hydatique. La splénectomie détermine un mieux très net de trois. semaines, puis une cachexie progressive enlève le malade en six mois.

M. GRÉGOIRE montre qu'il existe des cas analogues.

Ostéochondrite disséquante de la hanche. — M. MOULONGUET présente de beaux clichés de cette curieuse affection qui évolue toujours vers l'arthrite déformante.

MM. LENORMANT et RICHARD ont observé des cas analogues.

M. CUNÉO croit très souvent à cette étiologie de l'arthrite déformante.

Rétrécissement congénital de l'urètre et barre du col vésical. — M. PIERRE BAZY croit qu'on peut rapprocher ces deux lésions.

Endométriome bilatéral des ovaires. — MM. OKINCZYC et PARTURIER en rapportent une observation, chez une malade qui présentait des troubles digestifs.

HENRI REDON.

Séance du 7 décembre 1932.

Electrocoagulation du cancer de la langue. — M. ROUX-BERGER critique la technique proposée par M. GERNEZ.

Endométriome. — M. ROBERT MONOD a observé un cas d'endométriome de la paroi recto-vaginale.

Ostéochondrite de la hanche. — M. LENORMANT en a observé deux cas nouveaux.

Luxation itérative de la rotule. — M. LANCE, dans un cas, a observé une aplasie condylienne marquée et a fait dans ce cas une opération d'Albee.

Pancréatite œdémateuse. — M. MOULONGUET rapporte un cas de pancréatite œdémateuse d'évolution chronique.

Abord des ménisques par voie transrotulienne. — Dans un cas de M. COTTALORDA rapporté par M. ALGLAVE, l'auteur a découvert par cette voie une désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe.

M. BAUMGARTNER admet cette façon de faire au cas de diagnostic incertain.

M. BRAINE a utilisé une fois l'arthrotomie transrotulienne verticale.

Tuberculose pseudo-néoplasique du sein. — Une observation rapportée par M. PROUST a été communiquée par M. GHOUILA-HOURI (de Tunis).

Fracture partielle de la tête fémorale avec luxation. — M. PROUST rapporte cette observation de M. VERBRUGGE (d'Anvers). L'auteur dut intervenir chirurgicalement et extirper le fragment capital. La guérison fut parfaite et le blessé pouvait marcher trois semaines après l'accident.

Infractus mésentérique. — Dans un cas observé par M. HARTGLASS et rapporté par M. MOULONGUET, la laparotomie simple guérit le malade.

Cystectomie partielle au bistouri électrique. — M. GOUVERNEUR rapporte un cas de M. R. BERNARD qui dut réintervenir précocement pour hémorragie grave, et malgré ce cas malheureux insiste sur les avantages du bistouri électrique qu'il utilise sans avoir eu d'accidents graves.

M. MOURE, tout en reconnaissant que le bistouri à ondes entretenues ne peut pas supprimer toutes les hémorragies secondaires, estime qu'il donne une sécurité plus grande que le bistouri simple.

M. BAUMGARTNER a employé sans ennui le bistouri électrique dans un cas de cystectomie partielle.

M. PIERRE DUVAL fait remarquer que l'observation de M. BERNARD concerne non pas une hémorragie secondaire, mais bien une hémorragie primitive.

A propos des anesthésiques. — M. L. BAZY rapporte un travail de M. Y. DELAGENIÈRES sur vingt et un mille observations d'où il résulte que l'anesthésie n'a aucune influence sur la mortalité opératoire et que le plus sûr paraît bien être le mélange de Schleicht.

Hémorragie au cours d'une appendicite. — M. AUVRAY a observé un cas qu'il croit être unique, d'ulcération de la veine iléo-colique par abcès.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 décembre 1932.

Fonction de sensibilisation par différents tissus néoplasiques humains. — MM. PIERRE GIRARD, EDOUARD PEYRE, et Mlle HELÈNE BOURSAUS, à la suite de recherches expérimentales où des tissus cancéreux humains furent injectés à des lapins, ont pu mettre en évidence une sensibilisatrice élective dans les sérums de ces lapins.

Tous les tissus cancéreux n'ont pas, toutefois, la même activité de fonction antigène, les dosages du pouvoir sensibilisateur permettant d'en apprécier la richesse.

Fonction antigène de différents sérums cancéreux. — MM. PIERRE GIRARD, EDOUARD PEYRE, et Mlle HELENE BOURSAUS, poursuivant leur recherche sur la fonction antigène que possède l'organisme cancéreux, ont remarqué qu'en injectant à des lapins des sérums humains nor-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

maux et des sérums de cancéreux, ces derniers permettaient de déclencher sur les animaux injectés une réaction de sensibilisation plus intense que celle de sujets non cancéreux que les épreuves de fixation du complément permettent de mettre en évidence.

Influence de la dérivation du suc pancréatique sur la production des ulcères duodénaux. — M. G. Loewy conclut, des résultats négatifs de ses expériences, que les ulcères produits par la dérivation de tous les sucs duodénaux ne sont pas dus à l'absence de la sécrétion pancréatique.

Action de l'alcool octylique sur la pression artérielle et la tension superficielle du sang chez l'animal. — MM. Clerc, Paris et Sterne ont utilisé l'octanol en solution, saturée dans l'eau pure, ou additionnée d'alcool méthylique à 3 p. 100 ; malgré leur titre faible, ces solutions injectées dans les veines du chien à la dose de 20 centimètres cubes déterminent une baisse nette et relativement durable de la pression artérielle et de la tension superficielle du sang. Il semble s'agir d'une action chimico-physique spéciale, que d'autres substances hypotensives ne posséderaient pas au même point.

Réactions leucocytaires et migration des leucocytes à travers le placenta du cobaye. — M. L. Richard-Grimard. — Les leucocytes maternels, qui ne paraissent pas à l'état normal passer dans le mésoderme du placenta ou dans ses vaisseaux fœtaux, peuvent s'y rencontrer lorsque l'organe, sous l'action d'une infection ou d'une intoxication, a subi des lésions profondes qui ont altéré ses éléments ou détruit la vitalité de ses tissus.

Importance de la « microculture » pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'ensemencement des crachats. — MM. A. Saenz et L. Costil montrent que, toutes les fois que l'on a quelque raison de supposer que le bacille tuberculeux peut être présent dans un crachat, il faut, non seulement ensemencer le total du produit préparé sur six à huit tubes de milieu à l'œuf-asparagine, mais procéder en outre à l'examen systématique du produit de raclage de chaque tube à partir du septième jour. On peut ainsi poser un diagnostic précoce et précis dans bien des cas où l'examen direct des crachats après homogénéisation est négatif.

La méthode de A. Saenz et L. Costil offre l'avantage de permettre une homogénéisation rapide des crachats et de supprimer la centrifugation. D'autre part, grâce à son exacte neutralité, le produit ne provoque aucune réaction locale immédiate chez le cobaye. La culture fournit des résultats plus rapidement et d'une façon aussi sûre que l'inoculation au cobaye ; en outre, elle permet la caractérisation immédiate des types des bacilles isolés. Sa simplicité, la facilité de son emploi et sa précision font qu'elle s'impose désormais pour le diagnostic des tuberculoses pulmonaires.

Influence de la tuberculine sur la bacillémie tuberculeuse expérimentale. — M. C. Ninni montre que chez les cobayes qui présentent une tuberculose localisée à quelques ganglions lymphatiques la bacillémie est nulle (6 cas négatifs sur 6), ou du moins l'inoculation de sang ne provoque pas de lésions de tuberculose classique. Par contre, la bacillémie est fréquente chez les cobayes qui présentent une tuberculose généralisée nodulaire (3 sur 6) ; elle est très fréquente chez ceux qui présentent une tuberculose généralisée miliaire (5 sur 7).

En outre on peut observer, dans certains cas, des lésions tout à fait semblables à celles que provoque l'ultravirus tuberculeux. Ces formes n'ont pas été comptées comme résultat positif dans notre statistique.

L'injection intradermique de $0^{cc},04$ de vieille tuberculine aux mêmes cobayes a pour effet de mobiliser les bacilles en petit nombre, et dans quelques cas seulement, chez les animaux atteints de tuberculose localisée (1 sur 6); dans presque tous les cas dans les formes généralisées nodulaires (5 sur 6) ; et dans tous les cas dans les formes généralisées miliaires (7 sur 7).

Le comportement des anticorps tuberculeux dans le choc tuberculinique. — M. A. Cualdi montre que chez les lapins tuberculeux l'injection d'une dose mortelle de tuberculine provoque une diminution considérable des anticorps tuberculeux. Dans les mêmes conditions, l'injection d'une petite dose de tuberculine détermine pendant les premières heures une diminution moins importante des anticorps suivie en vingt-quatre heures d'une ascension qui les amène parfois au delà du taux primitif.

L'injection répétée de très petites doses de tuberculine fait disparaître les anticorps. Chez les animaux qui survivent plus de cinq à dix jours, la sensibilisation réapparaît et augmente lentement jusqu'au taux initial ou au-dessus.

Séance du 10 décembre 1932.

Les caractères physiologiques de la sécrétion pancréatique provoquée par la stimulation électrique du vague. — M. René Gayet et Mlle Maylis Guillaumie ont vu le suc pancréatique obtenu expérimentalement par excitation électrique directe du nerf vague, posséder en général tous les attributs physiologiques essentiels du suc normal ; on ne peut donc retenir les principales critiques qui ont été faites à l'opinion de l'école de Pavlov, suivant laquelle une excitation de ce nerf intervient normalement, en même temps qu'une sécrétine, pour déterminer la sécrétion de ce suc.

Les caractères physiologiques de la sécrétion d'un pancréas transplanté. — M. R. Gayet et Mlle Guillaumie ont constaté que les sucs sécrétés par un pancréas de chien extirpé et mis en dérivation sur la circulation carotido-jugulaire d'un autre chien présentent les mêmes caractères que ceux sécrétés par la glande *in situ* après injection de sécrétine ou stimulation électrique des vagues. Cette méthode convient donc parfaitement à l'étude du fonctionnement exocrine de cette glande.

Hyperthermie provoquée chez le lapin par injection intraveineuse d'eau distillée et de globules laqués. — MM. René Hazard et Raymond Larde attribuent l'hyperthermie provoquée chez le lapin par l'injection intraveineuse d'eau distillée au laquage des globules sanguins produits par cette injection.

En effet, la liqueur provenant du laquage des globules, injectée par la voie intraveineuse, à l'animal même qui les a fournis, provoque une hyperthermie dont la courbe présente en général un plateau qui peut permettre l'étude expérimentale des antipyrétiques.

(A suivre.) F. P. Merklen.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 18 octobre 1932.

Tumeurs pulmonaire et médullaire (sarcome probable) chez un enfant d'un an. Efficacité de la radiothérapie. — M. WEILL-HALLÉ, Mlle VOGT, MM. DUHEM et DUBOST rapportent l'observation d'un enfant porteur de deux tumeurs, l'une pulmonaire siégeant dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche et s'accompagnant d'une voussure thoracique, l'autre médullaire, à limite supérieure au niveau de D_8 (vérification par injection de lipiodol sous-occipital), se traduisant cliniquement par une paraplégie complète avec troubles de la sensibilité et troubles trophiques (escarres).

La radiothérapie intensive a entraîné la régression, puis la disparition complète de la tumeur pulmonaire et une amélioration des symptômes médullaires ; la tumeur médullaire est en régression, comme le montre le lipiodol qui descend maintenant dans le cul-de-sac dural, les signes cliniques s'amendent progressivement : disparition des troubles trophiques, puis des troubles de la sensibilité, réapparition de quelques mouvements dans les membres inférieurs.

Il est difficile d'affirmer la nature histologique de ces tumeurs éminemment radiosensibles, puisque la biopsie n'est pas possible, mais il semble s'agir de sarcomes.

Tumeur thoracique enlevée chirurgicalement chez un enfant de cinq ans. — MM. ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY présentent la pièce anatomique d'une tumeur thoracique dont ils ont montré les radiographies à la séance de février 1932 de la Société de pédiatrie : ces radiographies montraient une ombre arrondie à contours nets, du volume d'une noix de coco. Un pneumothorax ayant montré l'indépendance de la tumeur et du poumon, une intervention chirurgicale fut décidée qui permit d'extirper la tumeur. Il s'agissait d'un ganglio-neurome typique d'origine sympathique.

L'enfant mourut, trois semaines après l'intervention, de bronchopneumonie

Un cas d'acrodynie infantile avec précocité et longue durée des troubles oculaires. — M. JANET et Mlle HUGUET présentent une enfant de trois ans et demi atteinte d'acrodynie ; le début a été marqué par de la conjonctivite, des sueurs et des troubles du caractère.

Il faut remarquer dans ce cas la précocité et la longue durée des troubles oculaires : la conjonctivite précéda d'un mois l'apparition des troubles vaso-moteurs des extrémités ; actuellement, deux mois après le début de la maladie, la photophobie qui va en s'améliorant persiste encore.

M. MARQUÉZY constate que l'acrodynie infantile continue à être assez fréquente, puisqu'il a pu en observer quatre cas en un an.

M. TAILLENS (de Lausanne) remarque que l'acrodynie est une maladie récente en Suisse : il n'en voit dans son service que depuis ces dernières années ; la moyenne est de cinq à six cas par an.

Le pouls est toujours très accéléré, même lorsqu'il n'y a pas de fièvre ; la tachycardie débute parfois très brusquement et peut constituer le premier signe d'acrodynie.

La desquamation peut s'observer avant la sudation ; elle constitue donc un véritable trouble trophique dans certains cas.

M. LESNÉ a constaté fréquemment dans l'acrodynie une hypertension notable et la mobilité et même la chute des dents, faisant penser à l'existence d'une carence.

M. BLECHMANN a observé chez un enfant de deux ans et demi une acrodynie ayant débuté par une stomatite et s'étant traduite uniquement par de la tristesse, de l'inappétence et une hypertension marquée (13-9). La tension artérielle est redevenue normale à la guérison.

L'origine infectieuse paraît probable, comme semblent le prouver les intradermo-réactions faites avec différents vaccins microbiens.

M. PICHON rappelle que l'on discute encore beaucoup le rôle de la carence dans l'étiologie de l'acrodynie et qu'il est difficile de l'éliminer.

M. MARQUÉZY a été frappé par l'allure infectieuse de certains des cas d'acrodynie observés par lui ; on note habituellement de la fièvre et une évolution par poussées successives. L'hypothèse d'un virus neurotrope paraît assez satisfaisante.

Tuméfaction intermittente de la base du cou apparaissant au moment des efforts. — M. JANET et Mlle HUGUET présentent une fillette de cinq ans en bon état général chez laquelle on remarque que depuis deux ans la base du cou se gonfle considérablement lors des efforts. Les radiographies faites au repos et au moment de l'effort ne révèlent aucune image anormale permettant de faire un diagnostic précis.

M. HALLÉ a vu quelques cas analogues ; le gonflement est parfois latéral au lieu d'être médian comme dans le cas présenté.

M. VEAU pense que c'est l'ensemble de l'appareil ligamenteux de la partie supérieure du thorax qui se soulève lors des efforts.

Etat comateux et hémiplégie par hydropisie méningée localisée. — MM. FÈVRE et MAGDELAINE rapportent l'histoire d'un enfant de quatre ans qui présenta assez brusquement un état comateux avec épilepsie d'abord localisée à droite et suivie de l'apparition d'une hémiplégie droite complète, puis épilepsie du côté gauche.

La ponction lombaire ayant montré l'absence d'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui était normal et le coma devenant de plus en plus complet, une trépanation fut décidée au niveau de la région temporo-pariétale gauche : la ponction de la dure-mère permit un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien stérile qui fut suivi d'une rétrocession des phénomènes nerveux et de la guérison. Il s'agissait d'une méningite séreuse localisée consécutive à une otite séreuse aiguë qui avait passé inaperçue.

M. ANDRÉ BLOCH fait remarquer que l'hydropisie méningée localisée est relativement fréquente dans les états chroniques, mais qu'elle est exceptionnelle dans les cas aigus.

Hernie du diverticule de Meckel. — M. FOLLIASSON (de Grenoble).

Le lait de soja dans l'alimentation des nourrissons. — M. MAILLET et L. et K. YEU ont alimenté cent nourrissons avec du lait de soja ; il résulte de leur étude que ce lait est généralement bien accepté et bien toléré par les

nourrissons. Il suffit le plus souvent à assurer une croissance satisfaisante, qu'il s'agisse de nourrissons normaux ou de dyspeptiques. Les troubles digestifs ne sont modifiés que d'une façon inconstante. Le lait de soja a surtout une action manifeste dans les cas d'intolérance au lait de vache, mais il paraît ne devoir constituer qu'un aliment de remplacement transitoire.

Ensemencement du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGE insistent sur les résultats rapides de la culture du liquide céphalo-rachidien par la méthode de Lowenstein qui permet une confirmation précoce du diagnostic de méningite tuberculeuse, parfois dès le cinquième jour.

Eczéma du nourrisson alternant avec des crises d'asthme. — MM. GRENET, ISAAC-GEORGE et MOURRUT.

Eczéma du nourrisson, hyperthermie, encéphalite. — MM. GRENET, ISAAC-GEORGE et MOURRUT rapportent l'observation d'un nourrisson eczémateux qui présenta une hyperthermie compliquée après plusieurs jours de symptômes d'allure encéphalitique qui persistent au bout de trois mois et laissent prévoir des séquelles définitives.

Angine diphtérique mortelle chez un enfant vacciné par l'anatoxine. — M. PIGEOT (d'Albi).

Les dystrophies uviosensibles des grands enfants et des adolescents. — M. SCHREIBER communique une série d'observations de grands enfants et d'adolescents des deux sexes atteints de dystrophies accentuées qui ont été remarquablement influencées par l'actinothérapie.

ANDRÉ BOHN.

Séance du 15 novembre 1932.

Maladie de Recklinghausen chez un enfant de sept ans. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGE.

Maladie cœliaque. — M. PIERRE VALLERY-RADOT présente un enfant de trente mois atteint depuis l'âge de dix-huit mois du syndrome de la maladie cœliaque : diarrhée chronique, vomissements, fièvre, intumescence abdominale, arrêt de la croissance et dénutrition. Les différents régimes et traitements institués dans ce cas paraissent avoir eu des effets favorables.

M. MARFAN indique que le régime doit comporter des protéines et des glucides, mais qu'il faut diminuer ou supprimer les graisses ; les rayons ultra-violets, l'insuline, parfois les médications antisyphilitiques doivent être essayés et ont souvent une action, tout au moins transitoire.

M. ROHMER considère la maladie cœliaque comme moins rare qu'on ne le pense habituellement ; si on en fait le diagnostic précoce, alors que la symptomatologie est encore incomplète, et si on institue le traitement dès ce moment, on peut éviter la constitution du syndrome complet ; pour sa part, M. Rohmer pense avoir vu une vingtaine de cas de maladie cœliaque.

A la phase de début, il paraît s'agir d'une simple dysfonction de l'intestin grêle et des glandes annexes ; plus tard s'y surajoutent des avitaminoses diverses qui compliquent le tableau clinique.

Il faut donner un régime mixte assez varié et riche en vitamines : il permet d'obtenir d'abord une amélioration de l'état général, plus tard seulement une amélioration des selles. A la période d'état, le traitement est beaucoup plus difficile qu'à la phase du début.

M. CATHALA constate que le cadre de la maladie cœliaque s'élargit de plus en plus, puisqu'on y fait entrer des cas de troubles digestifs chroniques avec gros ventre qui sont de constatation fréquente chez l'enfant et qui se distinguent nettement du tableau de la maladie cœliaque tel qu'on le décrivait il y a quelques années.

Des régimes simples doivent être utilisés dans la maladie cœliaque : les farines de tournesol et de soja, la réduction du lait et des graisses rendent de grands services.

M. MARFAN insiste sur l'autonomie de la maladie cœliaque, qui se différencie nettement des diverses diarrhées de l'enfance, mais qui présente néanmoins un certain nombre de formes cliniques ne répondant pas toutes au tableau classique.

M. ROHMER n'a jamais vu de dyspepsies chroniques avec selles anormales se transformer en maladie cœliaque ; il convient donc de bien séparer les deux maladies.

Un cas de maladie de Schlatter (apophysite tibiale antérieure). — MM. R. DEBRÉ, R. BROCA et SOULIÉ présentent un garçon de treize ans atteint d'apophysite tibiale antérieure bilatérale à l'occasion duquel ils rappellent les diagnostics différentiels qui se posent en pareil cas. L'étiologie de cette affection est très discutée ; il semble qu'il faille admettre dans le cas présent une altération osseuse liée à la croissance.

M. RŒDERER indique que la maladie de Schlatter est quelquefois d'origine traumatique et qu'elle peut être confondue avec la tumeur blanche du genou et avec les diverses ostéites des os du voisinage.

M. TRÈVES admet le rôle de la syphilis héréditaire dans certains cas ; dans d'autres, il peut s'agir d'une tuberculose ou d'une ostéomyélite atténuée ou d'une lésion traumatique.

M. HUC signale certains traumatismes auxquels on peut ne pas penser, tels la position à genoux des religieuses et l'exercice de la bicyclette, qui pourtant peuvent jouer un rôle dans l'apophysite tibiale des adolescents.

Ostéopathie complexe. — MM. BLECHMANN, TRÈVES et MORNARD présentent un enfant de quatre ans, issu de parents consanguins, qui, sans avoir marché, présenta à partir de deux ans et demi des fractures des fémurs et des déformations de plus en plus marquées des os. Au premier abord, l'aspect de l'enfant est celui d'un nain achondroplasique, mais l'examen montre des déformations osseuses rachitiformes avec subluxation tibio-tarsienne, un état profondément dystrophique de la dentition, d'énormes amygdales ; il n'y a ni anémie, ni splénomégalie. D'autre part, la mollesse des os est remarquable : malgré des traitements calciques intensifs, les tibias se laissent encore facilement incurver.

Le traitement antisyphilitique est resté inefficace.

M. DEBRÉ constate la prédominance au point de vue clinique de la mollesse des diaphyses : il s'agit donc d'une ostéomalacie dont il serait intéressant de connaître les rapports avec le fonctionnement des glandes parathyroïdes.

Anémie pernicieuse aplastique améliorée par l'opothérapie médullaire injectable. — MM. MILHIT, LEVESQUE, M[lle] PAPAIOANNOU et M. FOUQUET présentent une enfant de cinq ans atteinte d'anémie pernicieuse aplastique chez

laquelle ils ont obtenu, malgré la gravité de la maladie, un résultat très favorable au moyen d'extraits de moelle osseuse rouge de fœtus de veaux prélevée par curetage des os longs aussitôt après abatage de la mère. Les transfusions et l'hépatothérapie étaient auparavant restées inefficaces.

De l'importance des modifications hémo-chimiques au cours des syndromes hyperthermiques après opération ou choc chez le nourrisson. — Mlle Phelizot (de Strasbourg) a étudié la réserve alcaline, l'urée, le chlore globulaire et plasmatique chez le nourrisson dans diverses circonstances pathologiques en dosant simultanément l'urée et le chlore dans les urines. Ces recherches montrent le rôle important de la déshydratation dans les syndromes hyperthermiques du nourrisson.

M. Ribadeau-Dumas a obtenu des résultats comparables à ceux de Mlle Phelizot ; il insiste sur la nécessité d'injecter au nourrisson hyperthermique de l'eau en grande quantité, ce qui ne constitue toutefois qu'une médication symptomatique.

Un cas de fièvre de lait concentré sucré. — MM. Coffin et Lichtenberger soulignent l'existence de troubles digestifs accompagnant la fièvre dans le cas récemment observé par eux et insistent sur la notion de terrain qui permet un trouble du métabolisme provoquant la fièvre.

Kala-azar grave chez un enfant, leishmaniose latente chez un chien commensal de l'enfant. — MM. Giraud et Raybaud (de Marseille).

A propos du traitement de la maladie de Heine-Medin. — MM. Giraud et Hugret rapportent l'observation d'un enfant atteint de paralysie infantile grave qui guérit complètement à la suite de traitements multiples intensifs.

M. Genévrier insiste sur l'utilité de la balnéation chaude très prolongée.

M. Lereboullet est persuadé de l'importance des traitements tardifs de la poliomyélite.

Ethmoïdite fluxionnaire au cours de la scarlatine. — MM. Babonneix, Halphen et Mlle Wilm.

Leucocytose et formule leucocytaire du nouveau-né. — M. Bauza (de Montevideo).

Monocytose et vaccination avec le BCG. — M. Bauza.

Varicelle congénitale et varicelle chez un nourrisson de quatre semaines. — MM. Beauregard et Bureau.

Séro-prophylaxie et séro-atténuation de la rougeole dans un service de nourrissons. — MM. P. Lereboullet et Vanier rapportent l'histoire d'une petite épidémie de rougeole survenue dans une salle des Enfants-Assistés où sont isolés les nourrissons de six à dix-huit mois ; ils montrent les heureux résultats de l'injection systématique de sérum de convalescent faite à tous les enfants de la salle déjà contaminés à la suite de trois cas survenus dans le service : l'injection de sérum n'a pas empêché la rougeole, mais la séro-atténuation fut manifeste, 9 enfants injectés ayant fait une rougeole moyenne ou bénigne ; le seul qui n'ait pas été injecté fit une rougeole grave avec broncho-pneumonie et otite qui finit toutefois par guérir.

Ultérieurement, la rougeole ayant cessé, la salle fut rouverte aux entrants sans injection systématique de sérum de rougeoleux : trois nouveaux cas survinrent, dont un mortel et un autre fort grave. La sérothérapie systématique à tous les entrants fut instituée : sur 41 enfants, aucun ne fit la rougeole.

Ces deux séries de faits montrent bien et l'action de séro-atténuation et l'action de séro-prophylaxie que l'on peut attendre de l'emploi du sérum de rougeoleux convalescent dans les services de nourrissons ; son utilité dans la lutte contre la rougeole hospitalière est ici des plus nette.

André Bohn.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 novembre 1932.

M. Lévi-Valensi, président, exprime les sentiments de tristesse de la Société à l'occasion du décès de M. Babinski, un de ses plus illustres fondateurs, dont M. Cl. Vincent, son ancien élève, prononce l'éloge. De nombreuses adresses de condoléances sont parvenues, à cette occasion, de la province et de l'étranger.

La zone réflexogène du signe de Babinski dans la sclérose en plaques. — MM. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios ont étudié la zone réflexogène du signe de Babinski sur plus de trois cents malades atteints de sclérose en plaques.

Ils notent les variations de l'étendue de la zone cutanée dont l'excitation peut déterminer l'extension des gros orteils, en rapport avec les poussées évolutives aiguës de la maladie. Dans le plus grand nombre des cas, on voit un agrandissement de cette zone précéder la poussée aiguë clinique de sclérose en plaques, et un rétrécissement de cette zone précéder la fin clinique de cette poussée.

L'étude de l'« étendue de la zone réflexogène », autre que la plante du pied, constitue un élément d'appréciation important des poussées aiguës de sclérose en plaques. Elle permet au médecin de dépister la poussée aiguë et de lui opposer un traitement approprié, de porter un pronostic précoce et de prévoir la terminaison de la crise.

Syndrome cérébelleux résiduel à la suite d'une blessure remontant à dix-sept ans. Persistance de la passivité. — M. André-Thomas projette le film cinématographique d'un malade qui, à la suite d'une blessure ancienne du cervelet, a conservé des phénomènes dysmétriques très nets, auxquels s'associent, aujourd'hui encore, des phénomènes de passivité. Ces phénomènes, du moins chez l'homme et dans les lésions localisées du cervelet, sont donc durables, et non passagers, comme ceux qu'a observés Rademaker après les lésions étendues du cervelet chez le chien. Sans nier la possibilité de l'hypertonie cérébelleuse, qu'il a d'ailleurs signalée depuis longtemps, l'auteur croit que les hypertonies importantes, lors des lésions cérébelleuses, sont dues à des lésions associées du noyau rouge, du noyau du toit, du cortex, ou encore des olives bulbaires (Guillain).

Considérations sur l'évolution post-opératoire des astrocytomes kystiques du cervelet. — MM. T. de Martel, J. Guillaume et R. Panet, ayant opéré 15 malades porteurs d'astrocytomes kystiques du cervelet, avec une seule mort, insistent sur l'évolution particulièrement favorable de ces lésions après ablation de la tumeur murale.

Or il importe de ne pratiquer cette exérèse, après

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

évacuation du liquide kystique, que lorsque l'état du malade le permet. Dans le cas contraire, la ponction du kyste sera seule indiquée, l'ablation de la tumeur étant réservée à un second temps. Après la ponction, l'amélioration remarquable obtenue persiste parfois pendant plusieurs années, et seule la réapparition des troubles dicte une réintervention, qui permet généralement l'ablation de la tumeur murale.

Douze malades, parfaitement rétablis, ont subi en un seul temps opératoire l'ablation de la tumeur, mais trois malades ont dû être opérés en deux temps : chez l'un d'entre eux, la simple ponction du kyste procura une guérison apparente qui se maintint pendant trois ans. Ces résultats ont été obtenus en adaptant la technique opératoire aux conditions particulières de résistance du malade.

Méningiome mou de la scissure de Sylvius ; ablation ; guérison. — MM. T. DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. PANET présentent un malade âgé de quarante-huit ans, qui a repris une activité absolument normale, après avoir subi, il y a quelques mois, l'ablation d'un méningiome de 130 grammes, développé au niveau de la scissure de Sylvius du côté gauche.

Ils signalent l'évolution particulièrement lente de cette lésion, dont certaines manifestations (troubles du caractère, accès comitiaux) remontent à plus de douze ans.

Les principaux troubles étaient une hypertension intracranienne d'intensité moyenne avec stase papillaire bilatérale, une hémiparésie droite à prédominance facio-brachiale, des troubles aphasiques discrets (dysarthrie, amnésie verbale légère) et des troubles peu importants de la mémoire et du caractère.

La tumeur, développée à l'intérieur de la scissure de Sylvius, refoulait les régions adjacentes, et n'affleurait au cortex qu'en une zone très étroite, au niveau de la partie inféro-externe de la scissure. Cette lésion, malgré son caractère vasculaire, put être extirpée en totalité, à l'électro, par la méthode bipolaire.

Le malade, actuellement en excellent état, n'a plus aucun trouble psychique ; l'hémiparésie a disparu, et le fond d'œil est normal.

Apparition, au cours d'une sclérose en plaques, d'un syndrome parkinsonien. — MM. O. CROUZON et J. CHRISTOPHE présentent une malade suivie depuis plusieurs années pour une sclérose en plaques typique. Au cours d'une poussée évolutive récente est apparu un tremblement parkinsonien des membres, avec contracture extrapyramidale. Un tel aspect rappelle le cas déjà signalé par MM. Guillain et Mollaret, et semble expliqué par des lésions électives du mésocéphale et des noyaux gris centraux au cours de certaines formes de sclérose en plaques.

La diplégie faciale cérébrale (forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire). — MM. ALAJOUANINE et R. THUREL insistent sur les caractères de la paralysie pseudo-bulbaire corticale, véritable diplégie faciale cérébrale, qui ne s'accompagne d'aucune paralysie des membres, et au cours de laquelle la perte de tous les mouvements volontaires contraste avec la conservation des mouvements automatiques.

Les troubles intellectuels, le pleurer spasmodique font également défaut.

Cette observation doit être rapprochée de deux autres cas, dont un vérifié anatomiquement, qui montre une lésion bilatérale et symétrique des opercules rolandiques.

Adénome chromophobe de l'hypophyse. — MM. CL. VINCENT et DARQUIER.

Abcès amicrobien intramédullaire chez un enfant ; extirpation ; guérison. — M. CHRISTOPHE (de Liége) a vu, chez un enfant de deux ans dix mois, se développer, aussitôt après une vaccine généralisée, une paraplégie spasmodique avec atteinte des sphincters. L'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, l'absence de lésions radiologiques du rachis, et l'arrêt très net du lipiodol, ont permis de poser le diagnostic de tumeur. L'intervention permit de faire l'exérèse complète d'une collection puriforme, dans laquelle on ne put retrouver aucun germe bactérien. La paraplégie guérit complètement, mais, dix mois plus tard, l'enfant présenta une méningite aiguë à liquide puriforme aseptique, qui guérit, elle aussi, sans séquelle. L'origine vaccinale de ces accidents est envisagée.

Maladie familiale accompagnée de pied bot et d'abolition des réflexes. — M. VAN BOGAERT présente en projection les photographies de sujets atteints de pieds creux, de cypho-scoliose dorsale et d'abolition des réflexes tendineux. Il a pu observer cet ensemble symptomatique chez 6 malades de la même famille, appartenant à trois générations. Ces troubles ne gênent pas l'activité des sujets qui en sont atteints, et qui sont originaires de la Russie orientale. Cette maladie familiale semble la même que celle qui a été signalée par M. G. Roussy et Mlle G. Lévy. Malgré l'absence d'examens anatomiques, la multiplicité des cas observés dans cette famille permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une forme particulière de maladie de Friedreich, mais bien d'une maladie autonome.

Cysticercose cérébrale de la région péribulbaire. — MM. SHMITE et LEMOYNE rapportent l'observation d'une malade atteinte de cysticercose péribulbaire, et qui mourut malgré l'ablation chirurgicale d'une douzaine d'hydatides.

Ils rappellent à ce propos l'importance de l'analyse du liquide céphalo-rachidien, montrant une forte réaction cellulaire, une réaction de Wassermann négative et une réaction positive du benjoin colloïdal. Il n'existait pas d'éosinophilie rachidienne, contrairement à quelques observations rapportées récemment.

Les auteurs insistent sur la localisation atypique de cette cysticercose, sur la carence symptomatologique, sur l'inefficacité de la radiothérapie et sur la gravité de l'intervention, qui fut suivie rapidement d'une réaction méningée mortelle.

J. MOUZON.

NOUVELLES

Cours de chirurgie ophtalmologique. — Un cours, d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Drs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 9 janvier 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : 550 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Hôpital Saint-Louis. — Dans le service de M. Louste, seront faites, en janvier et février 1933, les leçons suivantes sur les maladies du cuir chevelu, avec le concours de MM. Sabouraud, Pignot, Rivalier, Rabut, Thibaut, Lévy-Franckel, Juster.

1° Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge.

2° Les teignes tondantes scolaires : « Micosporie et Trichophytie ».

3° Les teignes tondantes d'origine animale (teignes sèches, sycosis, kérion, onychoses).

4° Favus humain et des animaux.

5° Taxonomie des teignes.

6° Traitement des teignes tondantes.

7° Impétigo streptococcique et ses dérivés.

8° Folliculites staphylococciques, formes morbides dérivées.

9° La pelade.

10° Pityriasis sec et stéatoïde.

11° La séborrhée chez l'homme et chez la femme.

12° Diagnostic des alopécies diffuses.

13° Diagnostic des alopécies en aires.

14° Varia, Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale, verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillomes, nævi plans, nævi verruqueux, papillomateux.

15° Les teintures.

16° Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi, et vendredi de chaque semaine, de 11 heures à 12 heures, à partir du 11 janvier 1933, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), avec présentation de malades, de moulages, de photographies, examens microscopiques directs et cultures. Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 francs. S'adresser pour inscription et renseignements à M. Rivalier, Ecole Lailler.

Association corporative des étudiants en médecine. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, pour éviter toute équivoque, fait savoir :

1° Que l'Association corporative ne possède actuellement aucun organe officiel.

2° Qu'elle prépare la publication d'un journal corporatif : *L'Information universitaire médicale.*

3° Que jusqu'à nouvel ordre ne doivent être considéré comme l'expression de son opinion que les articles et communiqués favorablement accueillis par la grande presse médicale et universitaire, et publiés sous sa signature ou celle d'un de ses membres dûment mandatés.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sous la direction de M. le professeur G. Réchou, et avec le concours de M. le professeur agrégé Jeanneney ; de MM. Mathey-Cornat et Lachapelle, assistants ; de M. Wangermez, chef de laboratoire, et de M. Guichard, chef de clinique, le service de la clinique d'électricité médicale est réglé de la façon suivante :

Hopital Saint-André : le lundi, de 9 à 12 heures. Enseignement du radiagnostic ; à 10 h. 30, exercices pratiques ; le mardi, 8 h. 30, cours d'électrologie : à 9 h. 30, cours de radio-diagnostic ; à 10 h. 30, exercices pratiques ; le mercredi, à 9 heures., consultation pour les affections non cancéreuses ; le vendredi, de 9 à 12 heures, électro-diagnostic et radiodiagnostic ; le samedi, à 8 h. 30, cours d'électrologie ; à 9 h. 30, cours de radiologie ; à 10 h. 30, exercices pratiques.

Centre anticancéreux (180, rue Saint-Genès) : le jeudi, à 8 h. 30, cours de radiophysiologie ; à 9 h. 30, cours de radio et curiethérapie ; à 10 h. 30, consultation pour les affections cancéreuses.

Programme du cours d'électro-radiologie. — I. *Electrologie.* — Electrodiagnostic. Méthodes classiques, Méthodes modernes (chronaxie). Electrolyse et ses applications. Ionisation et ses applications. Electrothérapie clinique dans les maladies du système nerveux, du système musculaire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire chez l'homme et chez la femme, de la peau et de la nutrition. Applications médicales des courants de haute fréquence, diathermie. Electrocoagulation.

II. *Photothérapie.* — Héliothérapie. Actinothérapie Ultra-violets.

III. *Radiodiagnostic.* — Radiodiagnostic en général Technique de la radioscopie et de la radiographie. Etude radiologique des os, des articulations, de l'appareil circulatoire, de la plèvre et des poumons, de l'appareil digestif, du foie, de la rate et du pancréas, de l'appareil urinaire, de l'appareil génital.

IV. *Radiophysiologie.* — Radio et curiethérapie. Action des radiations sur la peau, sur le sang et les organes hématopoïétiques, sur les glandes génitales, sur les divers tissus et organes. Radio et curiethérapie des cancers : de la peau, de la cavité buccale, du pharynx du larynx, de l'œsophage, du rein, de l'utérus, de la prostate, du rectum, de la vessie, des ganglions. Radio et curiethérapie des fibromyomes, des dermatoses, des angiomes, verrues, kéloïdes, des affections tuberculeuses, des affections du système nerveux et autres affections non cancéreuses.

Pathologie et histoire naturelle médicale. — M. le professeur E. Brumpt commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 5 janvier 1933, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Chirurgie orthopédique de l'adulte. — M. le professeur, Paul Mathieu a fait la leçon inaugurale de son cours

NOUVELLES *(Suite)*

le vendredi 16 décembre 1932, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continue son cours le lundis et vendredis matin suivants, à l'hôpital Cochin

Programme de l'enseignement. — Lundi à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale. — Vendredi à 10 heures : Leçon à la policlinique. — Mardi, Jeudi : Opérations. — Mercredi, Samedi : Visite des salles.

Enseignement complémentaire. — Démonstration pratiques d'appareillage par M. R. Ducroquet, assistau d'orthopédie. Leçons sur la chirurgie des affections de membres et de la colonne vertébrale par MM. les chefs de clinique, les lundis, mercredis et samedis à 9 h. 30.

Institut d'hygiène. — Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Directeur technique des travaux : M. Henry Thierry, inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris. Chef des travaux : M. Ph. Navarre.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend : 1° Une série de travaux pratiques de bactériologie. — 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie. — 3° Une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services. — 4° Des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Il commencera le 5 janvier à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène (ou au laboratoire de bactériologie pour élèves qui le désireront), et le 6 mars, à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il sera terminé le 6 juin, et sera suivi d'un examen portant sur les matières traitées au cours, et donnant droit au diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront : soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Écoles de médecine ; soit celui de l'Institut Pasteur de Paris ; soit celui du Val-de-Grâce ; soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

Enseignement spécial de bactériologie, sous la direction de M. le professeur Tanon et de M. Macaigne, agrégé. Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène. Généralités. Le microscope. Examen à l'état frais. Colorations. Stérilisation. Milieux de culture. Séparation des germes. Inoculation aux animaux. Agglutinations, sérodiagnostic. Pus : staphylocoques, streptocoques. Crachats : pneumocoques, tuberculose. Gangrènes. Exsudat. bucco-pharyngés : diphtérie. Syphilis : réaction de Bordet Wassermann. Gonocoques. Méningocoques. Charbon. Tétanos. Lèpre. Peste. Choléra. Colibacille. Bacilles typhiques et paratyphiques. Dysenterie. Eaux, Selles. Urines. Lait, Vaccins. Sérums.

Nota : Les élèves qui le désirent peuvent suivre cet enseignement pratique également au laboratoire de bactériologie.

Enseignement spécial de parasitologie, sous la direction de M. le professeur Brumpt. Les mycoses. Le paludisme. Les leishmanioses. La dysenterie amibienne. Les trypanosomiases. Coprologie (Recherche des parasites intestinaux). Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

Enseignement spécial d'hygiène, hygiène et prophylaxie générales. MM. Tanon, Liard, Legros, Lemaitre, Clerc, Cambessédès, Henri Thierry, Jules Renault, Martial, Pouillot, Dautler, Leclainche, Cruveilhier, Debré, Loir, Neveu, Joannon, Ramon, Camus, Nattan-Larrier : Organisation générale de l'hygiène en France. Législation et administration générales. Commentaires de la loi de 1902. Hospitalisation et isolement. Désinfection. Police sanitaire maritime. Les conférences sanitaires internationales. L'hygiène des navires. Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. Émigration. Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. Charbon. Diphtérie. Dysenterie. Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Mélitococcie. Typhus exanthématique. Variole et Varicelle. Choléra. Fièvre jaune. Peste.

Hygiène urbaine. — MM. Dienert, Guillerd, Henry Thierry, Martin, Clerc, Navarre, Neveu : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. Captage des sources. Stérilisation des eaux de boisson. Contrôle des eaux. Éléments d'hydro-géologie. Évacuation et traitement des eaux usées. Hygiène de l'habitation. Hygiène rurale. Méthodes de statistique.

Hygiène industrielle. — MM. Bordas, Duvoir, Martin, Kohn-Abrest, Henry Thierry : Salubrité de l'atelier en général. Réglementation du travail dans les usines. Les fumées dans les grandes villes. Les poussières dans les villes. Dermatoses professionnelles. Intoxications professionnelles. Éléments de toxicologie. Étude des atmosphères confinées.

Hygiène alimentaire. — MM. Bordas, Sacquépée, Henri Labbé, Martel, Giroux, Navarre, Toubeau, Filaudeau : Pains et farines. Alimentation normale. Rations alimentaires. Le lait. Boissons fermentées. Fraudes alimentaires. Contrôle des fraudes. Infections d'origine alimentaire. Les viandes, leur contrôle.

Prophylaxie des maladies sociales. — MM. Gougerot. Tanon, Navarre, Neveu, Joannon, Marcel Léger : Prophylaxie sociale de la syphilis. Surveillance de la prostitution. Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. Organisation antituberculeuse. Le cancer. L'alcoolisme. Le service social, relations avec les services d'hygiène, Rôle social des visiteuses d'hygiène. Surveillance des maladies épidémiques.

Hygiène infantile. — MM. Couvelaire, Lesné, Marengo, Weill-Hallé, Vitry, Roubinovitch, Jules Renault, Mme Jonart : Mortalité et mortinalité infantile. Hygiène de la gestation. Hygiène du nouveau-né. Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. Alimentation du nourrisson. La protection des enfants placés en nourrice. Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. Hygiène mentale de l'enfant.

Visites. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique et dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

Conditions d'admission. — Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; aux étudiants n'ayant plus que la thèse à soutenir ; 2° aux docteurs étrangers,

NOUVELLES *(Suite)*

pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° aux personnes autorisées par le professeur à suivre ces cours, en dehors des catégories précédentes ; ces personnes ne peuvent ni subir l'examen final, ni avoir droit à un diplôme.

Diplôme. — Le diplôme d'Hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen le certificat de scolarité, le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut. Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français et étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte : 1° Des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête. Les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales ; 3° des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser pour les travaux pratiques de bactériologie sont de 400 francs ; parasitologie, 150 francs. Soit au total : 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs, soit au total, 650 francs.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecine sanitaire maritime (Décret du 15 mars 1930), à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation supplémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la Police sanitaire maritime. Cette nterrogation a lieu au laboratoire d'hygiène au cours de l'examen.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, et vendredis, de 14 à 16 h. (Guichet n° 4).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 19 *Décembre.* — M. CANTEGRIT, Les syndromes agranulocytaires d'origine bismuthique. — M. AVENARD, Traitement et physiopathologie du diabète insipide.

20 *Décembre.* — Mme YVETTE BINET, Pneumothorax artificiel et gestation. — M. GOT, L'assistance aux épileptiques, son état actuel en France. — M. LANDREAU, Essais cliniques sur le rapprochement des maladies d'aspect différent. — M. ILLAIRE (Jacques), Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage. — M. ASMUS, Les tubercules des trayeurs et leur étiologie. — M. FAVIER, La maladie de Bowen, sa localisation buccale. — Mlle PEIKER, Utilisation des courants de haute fréquence en stomatologie. — M. HELDI HASCOET, Contribution à l'étude du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. — M. ZEIJOVIC, De l'insufflation gastrique. — M. DELBES, Le syndrome radiologique de sténose du pylore.

21 *Décembre.* — M. FUHRMAN, Contribution à l'étude de la pression artérielle moyenne, en particulier chez les brightiens, œdémateux et les éclamptiques. — M. FLEUROT, Préservation de la tuberculose et vie familiale.

22 *Décembre* — M. VAILLANT (Pierre), De la thrombophlébite sigmoïdienne latente et de la dénudation systématique du sinus latéral au cours de la mastoïdectomie — M MAHEE, La diplopie physiologique.

Thèse vétérinaire — 22 *Décembre* — M CHIBB.

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur ACHARD : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

24 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. Leçon clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte, par M. le professeur PAUL MATHIEU.

24 DÉCEMBRE au 2 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Vacances du Jour de l'an.

25 DÉCEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin adjoint des sanatoriums publics (sanatorium de Trestrel).

30 DÉCEMBRE. — *Lille.* Clôture des candidatures à la chaire de pharmacie de la Faculté de médecine de Lille.

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris (Dr CH. BUIZARD, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 DÉCEMBRE. — *Turin.* Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

5 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures Ouverture du registre d'inscription pour le concours des prix à décerner à MM. les internes en médecine de quatrième année.

5 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. 17 heures, M. le Dr ROBIN : Arriérés.

7 JANVIER. — *Villes d'Académies.* Académies. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du second degré.

8 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte Anne, 9 heures. M. le Dr LEVY-VALENSI : Idées délirantes.

8 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le Dr BLONDEL : Du suicide.

8 JANVEIR. — *Paris.* Ecole de stomatologie. Clôture du registre d'inscriptions pour le concours de démonstrateurs de dentisterie opératoire.

9 JANVIER. — *Lyon.* Hôtel-Dieu. Concours de médecin des hôpitaux du Puy.

9 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours pour six places d'interne titulaire en pharmacie des asiles

NOUVELLES *(Suite)*

publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif.

10 JANVIER. — *Tours.* Ecole de médecine. Concours de clinicat médical.

12 JANVIER. — *Bordeaux.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine de Limoges.

12 JANVIER. — *Paris.* Mairie du VI[e] arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. M[me] le D[r] SOSNOWSKA : Pathologie infantile.

12 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures. M. le D[r] CODET : Emotifs.

13 JANVIER. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours d'infirmières des hôpitaux militaires.

14 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 17 heures. Clôture du registre d'inscription pour le concours des prix à décerner à MM. les internes en médecine de quatrième année.

14 JANVIER. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin neurologiste des hôpitaux de Nîmes.

15 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le D[r] LHERMITTE : L'hypocondrie.

15 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 9 heures, M. le D[r] LEVY-VALENSI : Syndromes d'excitation.

17 JANVIER. — *Paris.* Banquet du Saint-Hubert Club médical.

19 JANVIER. — *Paris.* Concours pour une place de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Angers.

19 JANVIER. — *Paris.* Concours pour une place de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de médecine de Caen.

19 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures, M. le D[r] CENAC : Hygiène mentale de l'enfance.

19 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai pour la consignation pour les examens de fin d'année.

22 JANVIER. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 9 heures. M. le D[r] LEVY-VALENSI : Syndromes de dépression.

22 JANVIER. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, à 10 h. 30, M. le D[r] WALLON : Les constitutions psychomotrices.

CHRONIQUE DES LIVRES

Psychiatrie médico-légale, par le professeur H. CLAUDE, Un volume in-8°, 300 pages, prix: 32 francs (*G. Doin et C[ie], édit*).

Dans la préface de cet ouvrage, le professeur Claude remarque fort justement que « le rôle social dévolu au médecin prend de plus en plus d'importance et ne doit pas être méconnu au profit de la seule action thérapeutique ». Dans les problèmes afférents à ce rôle social, il n'en est guère de plus délicat que ceux qui touchent aux psychopathes. Assurément, dans bien des cas, le praticien se décharge d'une lourde responsabilité en s'adressant à un spécialiste. Mais il est le premier à dépister les troubles ; c'est à lui que recourent les familles. Il lui est donc indispensable de posséder des notions précises de psychiatrie médico-légale ;

C'est pour l'aider à les acquérir que ce livre a été écrit : il comprend quatre parties. La première traite des conditions d'exercice des droits civils, de la capacité civile, et contient les indications principales qui permettent au médecin d'intervenir dans la procédure d'interdiction et dans les affaires concernant l'opposition ou la nullité de mariage, le divorce, la valeur des testaments, etc. La deuxième partie est consacrée à l'étude de la responsabilité pénale, en général, et accessoirement, on y trouvera exposé divers sujets tels que la valeur du témoignage, la notion de dégénérescence dans ses rapports avec la criminalité, les applications de la loi de 1838, dans les cas d'irresponsabilité ; enfin, les caractères généraux de la délinquance de l'enfant et de l'adulte, le diagnostic de la simulation complètent les notions qui permettent d'apprécier les conditions générales de la responsabilité pénale.

Dans la troisième partie l'auteur expose les caractères généraux des principales formes de crimes et de délits qui sont particulièrement l'expression d'affections mentales (vols dans les grands magasins, fugues, crimes passionnels, perversions sexuelles, etc.).

L'étude psychiatrique à proprement parler fait l'objet de la quatrième partie, qui est consacrée aux réactions médico-légales dans les divers états psychopathiques (obsessions, épilepsie, hystérie, paranoïa, manie, mélancolic, alcoolisme, toxicomanies). L'auteur ne craint pas de reconnaître que cet exposé ne peut conduire à des règles précises, concernant les décisions à proposer à la justice. Il estime qu'il s'agit le plus souvent de cas d'espèces dont l'appréciation est laissée au bon sens et à la compétence du médecin expérimenté.

La lecture de ce livre est fort attachante. Ecrit avec simplicité et précision, il ne vise que les solutions pratiques, sans souci des discussions nosologiques. La grande autorité du professeur Claude, sa considérable expérience sont un sûr garant de la valeur des conseils qu'il donne pour sauvegarder à la fois les intérêts des malades et de la société, sans préjudice de la sécurité du médecin.

A. BAUDOUIN.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Hygiène scolaire, par le Dr Dufestel (*G. Doin, éditeur*, 1933).

Il est superflu de présenter au lecteur ce *Précis d'Hygiène scolaire* du Dr Dufestel. La deuxième édition, parue en 1914, étant épuisée, une nouvelle édition s'imposait pour mettre le lecteur au courant des perfectionnements et des progrès réalisés depuis plus de quinze ans en cette matière.

Ce livre est divisé en cinq parties :

La première est consacrée à l'*école* : le bâtiment, la classe, les différents types d'école, les annexes de l'école, le mobilier scolaire, l'éclairage, le chauffage, la ventilation, le nettoyage, sont étudiés successivement.

La deuxième partie concerne l'*écolier* : sa croissance, son hygiène physique intellectuelle et morale. L'examen médical, physique et psychologique de l'enfant, les anormaux, l'orientation professionnelle, l'établissement de la fiche sanitaire et médico-pédagogique, enfin l'hygiène des maîtres font l'objet de chapitres spéciaux très substantiels et très clairs.

Dans la troisième partie sont exposées les *maladies scolaires*, les règlements concernant la prophylaxie des maladies contagieuses, la désinfection et les diverses vaccinations.

La quatrième partie traite des *œuvres de préservation scolaire* : classes d'anormaux, collèges modèles et climatiques, caisses des écoles, cantines et colonies scolaires, écoles de plein air, cours d'adultes, œuvres de mutualité scolaire.

Le dernier chapitre est réservé à l'*inspection médicale des écoles*, au rôle du médecin dans la surveillance de l'écolier, à celui des assistantes d'hygiène scolaire, à l'organisation de l'inspection médicale en France et à l'étranger.

Personne ne pouvait écrire ce livre avec plus d'autorité et de compétence que le Dr Dufestel, le Maître incontesté de l'hygiène scolaire, qui, depuis plus de trente ans, avec une véritable foi d'apôtre, consacre toute son activité au développement et à l'amélioration de l'hygiène dans les écoles. Comme le dit très justement le professeur Tanon qui l'a préfacé, cet ouvrage est écrit avec une simplicité et une clarté qui en font le livre de chevet des futurs médecins des écoles.

P. Harvier.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

TRAITEMENT DU DIABÈTE GRAS

Par le Dr MORA.

Le diabète gras ou diabète sans dénutrition azotée est celui dont le coefficient d'assimilation des hydrocarbones est suffisamment élevé pour que, tout en réduisant la quantité de ces aliments, on puisse donner la quantité de protéines et de graisses nécessaire à la ration d'entretien. C'est le plus fréquent et c'est celui qui dans la pratique comporte le plus d'imprudences de la part du malade.

Régime. — Il doit viser :

1° A faire disparaître le glucose de l'urine ;

2° A fournir au sujet le maximum des hydrates de carbone qu'il peut ingérer (tout en restant aglycosurique) ;

3° Assurer la ration d'entretien.

Il doit permettre non pas de suralimenter les malades, mais de les hypo-alimenter passagèrement afin de leur permettre de retrouver leur capacité d'utilisation pour les hydrocarbones (M. Labbé).

Un régime inutilement sévère est dangereux.

Aliments défendus : Poissons frits dans la pâte, sucre, féculents (riz, lentilles, haricots, carottes, navets, pois), pain ; pâtes alimentaires, farines, lait ; oseille, asperges, tomates, betteraves, fruits sucrés (raisins, dattes, figues, prunes, etc.) et pâtisseries; confitures, chocolat; alcool, bière, cidre ; vins sucrés (madère, champagne, etc.).

Restreindre le sel.

Les légumes doivent être blanchis à grande eau bouillante et bien égouttés pour enlever les éléments sucrés.

Hygiène générale. — 1° **Autant que possible**, *vie au grand air*, éviter la sédentarité. *Climats tempérés* en **général et chauds en hiver.**

2° *Exercices physiques variés :* marche, bicyclette, billard, équitation, gymnastique respiratoire sans surmenage.

3° *Toilette générale et spéciale* soignée, et particulièrement de la bouche, des dents, des parties génitales et de tout le revêtement cutané.

4° *Hydrothérapie quotidienne tiède* (tub, douche) suivie d'une friction générale au gant de crin ou avec une flanelle imbibée d'eau de Cologne ou d'un liniment (alcoolat de Fioravanti).

Traitement médicamenteux. — *Insuline.* Elle est le plus souvent inutile et dangereuse, ou elle n'est indiquée que dans les cas où, par suite d'un incident ou d'un accident, d'une infection, le diabète évolue rapidement sous la forme de diabète grave avec dénutrition azotée.

Alcalins : à petites doses, quoique d'effets inconstants, ils sont bien supportés :

1° Donner une demi-heure avant les repas de midi et du soir, un des cachets suivants (Lutier) :

Phosphate de soude	ãã 0gr,40
Bicarbonate de soude	
Pancréatine	

Pour un cachet n° 14.

2° Ou bien faire prendre à jeun un verre d'eau de Vichy (Célestins) et à 17 heures un cachet avec :

Benzoate de lithine effervescent	0gr,50
Magnésie	0gr,20

avec un demi-verre d'eau.

Santonine. — C'est à Sejournet que revient le mérite d'avoir démontré les remarquables effets curatifs de la santonine sur les diabétiques. Sur des cobayes rendus diabétiques par la piqûre du quatrième ventricule, il a trouvé que la santonine refrène constamment la glycoformation. On prescrit actuellement les pilules du Dr Sejournet à la dose de 2 à 4 pilules contenant chacune deux centigrammes de santonine chimiquement pure. Cette médication a le triple avantage d'être peu coûteuse, efficace et sans danger.

(*Le Médecin chez lui*, octobre 1932.)

VARIÉTÉS

LE XXVᵉ GRAND V.E.M. AUX STATIONS HYDRO-CLIMATIQUES DU CENTRE DE LA FRANCE (1)

(8-20 *septembre* 1932).

Par Roger EVEN

Les Grands V.E.M., créés il y a quelques lustres par Landouzy et Carron de la Carrière, continués par les professeurs Capnot, Rathery et Maurice Villaret, fêtaient cette année leurs « noces d'argent » dans les stations hydro-climatiques du Bourbonnais et de l'Auvergne. Malheureusement, ce XXVᵉ Grand V.E.M. ne fut pas — quantitativement — l'égal des précédents, il ne groupait en effet, qu'une cinquantaine d'adhérents, parmi lesquels nous retrouvions avec plaisir, quelques rares mais fidèles amis, Anglais, Belges, Hollandais et Tchécoslovaques.

Les raisons de ce demi-succès ? C'est d'abord la crise. La crise qui sévit sur le monde entier et dans tous les milieux, n'a aucune raison d'épargner les médecins, et elle n'y manque guère. C'est ensuite la multiplication intempestive des voyages officieux sur laquelle nous avons insisté à maintes reprises. C'est enfin l'absence des subventions habituellement accordées, d'où le prix relativement élevé, au moins pour les internes en exercice ;... il est vrai que l'absence de crédits fut compensée — nous n'établissons aucun rapport de cause à effet — par le Haut Patronage du Ministère de la Santé publique, et ceci vaut bien cela ! A la vérité, en écrivant ces lignes, il nous revient à l'esprit une belle envolée oratoire du maire de l'une des belles stations que nous visitions il y a quelques années... « Messieurs les médecins, l'avenir des stations thermales dépend de vous... et n'oubliez pas qu'elles présentent non seulement un intérêt médical, mais encore un intérêt national... c'est le seul terrain économique sur lequel notre cher pays ne craint aucune concurrence... » Aujourd'hui, ce maire dont chacun se plaît à reconnaître l'intelligence et l'activité est au Parlement. Puisse-t-il faire comprendre à ses collègues, que dans l'œuvre à laquelle il s'intéresse, la rénovation des stations thermales et climatiques, le médecin a toujours répondu « présent », et qu'il souhaite seulement de voir ses efforts, de temps en temps — oh ! pas toujours — encouragé.

PREMIER JOUR. — **Pougues.** — Le jeudi 8 septembre à 16 heures, après une rapide promenade sur la terrasse de Bellevue, « centre climatique de Pougues », les adhérents se trouvent réunis pour la première fois dans le salon du Splendide Hôtel, pour entendre la conférence inaugurale du professeur Maurice Villaret. A grands traits, il nous schématise les caractères principaux du voyage, aux différents points de vue touristique, historique, géologique et hydro-climatique, et termine sur un aperçu des propriétés thérapeutiques des eaux de Pougues : eaux bicarbonatées mixtes, ferrugineuses, magnésiennes et lithinées, particulièrement efficaces dans l'hyposthénie gastrique, la lithiase biliaire, le diabète, surtout lorsque la cure est combinée à une cure antérieure à Vichy. Le soir, un brillant banquet nous est servi à l'Hôtel du Parc, et après une savante leçon du Dʳ Périgaud sur les rapports des ions calcium et potassium avec le cancer, nous apprécions jusqu'au lendemain matin 7 heures l'action remarquablement sédative du climat de Pougues.

DEUXIÈME JOUR. — **Saint-Aré.** — Par Nevers, où quelques instants nous sont parcimonieusement accordés pour admirer la cathédrale, le palais ducal, la vue sur le confluent Loire-Nièvre, nous arrivons péniblement à repérer Saint-Aré aux environs de Decize. Cette station, autrefois connue des Romains, était tombée dans le plus complet oubli jusqu'aux récents efforts du Dʳ Petit pour la faire revivre. Nous partageons les espérances de notre confrère, et nous formons le vœu que dans quatre ans, lors de notre prochain voyage, aucun d'entre nous ne reconnaîtra plus cette station renaissante, aux eaux sulfatées sodiques mixtes, précieuses dans les petites insuffisances hépatiques.

Saint-Honoré. — Sous la pluie, et par les belles forêts nivernaises, nous nous dirigeons vers Saint-Honoré, heureusement située à 300 mètres d'altitude, sur les premiers contreforts de la bordure occidentale du Morvan, à proximité d'un lac de barrage, sur lequel on vient d'installer un magnifique terrain de golf. A notre arrivée, nous sommes reçus par les médecins de la station qui s'empressent aimablement de nous faire visiter l'établissement thermal auquel est annexée une piscine qui répond à toutes les exigences modernes. Avant le déjeuner, nous nous rendons au Casino pour l'apéritif et la conférence du professeur agrégé Etienne Chabrol, qui a bien voulu, cette année, assister le professeur Maurice Villaret dans la direction scientifique du voyage, et qui pendant douze jours nous tiendra sous le charme de son érudition, pour tout ce qui concerne les choses

(1) Les clichés sont extraits du *Journal des sciences médicales de Lille* du 13 novembre 1932, DAVID : Les stations thermales et climatiques du centre de la France.

VARIÉTÉS *(Suite)*

et les gens de sa petite patrie. Saint-Honoré, précise-t-il, forme un trait d'union entre les stations pyrénéennes sulfureuses et les stations auvergnates arsenicales ; de fait, la caractéristique essentielle des eaux de Saint-Honoré, c'est leur teneur en soufre et en arsenic ; c'est pourquoi, soit par voie interne : l'ingestion, soit surtout par voie externe : inhalations, pulvérisations, vaporisations, elles conviennent à tous les catarrhes avec hypersécrétion et plus spécialement aux catarrhes respiratoires de l'enfant.

Bourbon-Lancy. — A deux heures, nous quittons l'hôtel du Morvan pour Bourbon-Lancy, coquettement bâtie à 240 mètres d'altitude, dans la vallée du Borne, aux limites de la Nièvre et de l'Allier. A peine descendus des cars, nous suivons le Dr Piatot à l'établissement thermal et à l'hôpital civil, puis à la Potinière de la Reine où le professeur Maurice Villaret nous synthétise les indications des eaux de Bourbon-Lancy, eaux chlorurées sodiques, bicarbonatées mixtes, iodurées et arsenicales, déjà célèbres sous Catherine de Médicis par leur action dans les rhumatismes au moment des poussées aiguës, dans les cardiopathies rhumatismales plus ou moins évolutives, dans les troubles vasculaires périphériques d'origine artérielle, que les épreuves, maintenant classiques, à l'acétylcholine, à l'histamine, permettent avec la mesure de la pression veineuse, de distinguer des troubles vasculaires périphériques d'origine capillaire ou veineuse. Le soir, nous dînons joyeusement au Grand Hôtel sous la présidence de l'actif M. Mougin, « duc de Bourbon-Lancy ». Un film à la Potinière, et c'est la fin de cette seconde journée, mieux remplie encore que la première.



Bourbon-Lancy.
Un coin de l'établissement thermal (fig. 1).

Troisième jour. — **Bourbon-l'Archambault.** — Après une excellente nuit passée à l'annexe, nous partons de bonne heure de Bourbon-Lancy pour Bourbon-l'Archambault, par Moulin et Savigny, où un double arrêt est prévu pour les vestiges du château et de la nécropole des ducs de Bourbon. Peu avant midi, nous arrivons à Bourbon-l'Archambault, et après la visite de l'établissement thermal, où certains s'attardent à contempler la suggestive cabine de Mme de Montespan, nous nous réunissons au Casino pour la conférence du professeur agrégé Chabrol, qui nous précise les caractères des eaux de Bourbon-l'Archambault, eaux chlorurées sodiques, bicarbonatées mixtes, bromo-iodurées, indiquées d'une manière générale chez tous les impotents chroniques. Une courte promenade dans le parc, d'où nous apercevons les restes du château de Bourbon-l'Archambault dominé par la tour de Quiquengrogne, et c'est un copieux déjeuner, sur lequel pourront épiloguer, la nuit suivante, ceux dont le système vago-sympathique abdominal est en équilibre instable.

Néris. — Par la vallée monotone du Cher, surtout sous la pluie qui nous accompagne depuis notre départ de Pougues, nous arrivons à Néris, vers la fin de l'après-midi. Néris, c'est la station-type, qu'il faut choisir pour démontrer le rôle considérable que peut et doit jouer un médecin dans une station. Avant le Dr Décloux, Néris n'était rien ; aujourd'hui, elle est l'une des stations dont la France puisse le plus justement s'enorgueillir, et nombre de stations voisines ou étrangères peuvent prendre modèle sur elle, pour leur plus grand bien et celui du thermalisme.

Au casino, nous arrivons à la fin de la répétition de *Manon* ; le professeur Maurice Villaret prend la place du chevalier des Grieux et nous expose les propriétés des eaux de Néris, eaux alcalines hyperthermales et radio-actives, souveraines dans les affections nerveuses douloureuses. C'est ensuite la visite de l'établissement et de l'hôpital thermal récemment reconstruit, puis le banquet, et enfin le départ pour Evaux.

Quatrième jour. — **Évaux.** — Evaux s'élève à 450 mètres d'altitude sur les derniers contreforts du Massif Central. Son sol serait encore riche en paillettes d'or ; malgré tout, la crise sévit là plus que partout ailleurs, et la situation de cette station pourrait être plus brillante. Evaux, c'est encore une station « type dans son genre » ; c'est le type de la station polyvalente... et les stations polyvalentes ont de grandes difficultés pour progresser, c'est le moins qu'on puisse dire. Il est certain que ses eaux sont remarquablement radio-actives, et d'une grande efficacité contre l'élément douleur, mais celles de Bourbon-Lancy et Bour-

---

VARIÉTÉS *(Suite)*

bon-l'Archambault dans les rhumatismes, celles de Néris dans les affections nerveuses, ont une action sédative non moins incontestable; c'est pourquoi Evaux doit reprendre la place qu'elle mérite, si elle veut bien se localiser dans la gynécologie, ou, pour reprendre l'expression du professeur Carnot rappelée par le professeur agrégé Chabrol, si elle veut bien devenir : « le Luxeuil du Centre », ce qui constitue un programme plein d'avenir.



Le Pr Chabrol, faisant sa conférence dans le parc des sources, à Evaux (fig. 2).

CINQUIÈME JOUR. — **La Bourboule.** — Nous abandonnons la vallée du Cher pour suivre les gorges de la Sioule, du Pont de Menat à Pontgibaud, en passant par le viaduc de Fades, puis c'est la descente sur la vallée de la Dordogne qui nous conduit à la Bourboule après nous avoir ménagé de fort belles vues sur les Monts-Dômes et les Monts-Dores. Le soir, pour nous remettre des fatigues d'une pareille randonnée, nous pensons nous reposer en assistant au *Parfum de la Dame en noir*; pas du tout, c'est un film complexe, qui suscitera, le lendemain encore, des controverses dignes d'un congrès de médecine, abordant une question de pathogénie. La matinée du cinquième jour est occupée par la visite de l'établissement thermal, la conférence du professeur Maurice Villaret, complétée par un amendement de la section médicale bourboulienne ; l'après-midi par une promenade au plateau de Charlannes, au parc Fenestre, au jardin d'enfants où nous admirons sans réserves le Dr Diffre qui a su véritablement créer pour la première fois dans le monde « l'éducation physique de l'enfant par l'amusement ».

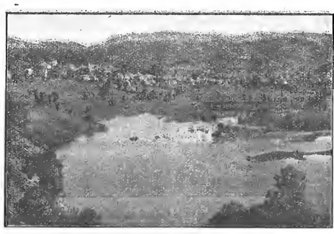


Au parc d'enfants de La Bourboule.
Concours de cabrioles (fig. 3).

SIXIÈME JOUR. — **Mont-Dore.** — Quelques minutes après notre départ de la Bourboule, nous sommes à l'établissement thermal du Mont-Dore, dont l'installation comporte surtout, mais non exclusivement, des salles d'inhalation, de pulvérisation, d'éducation et de rééducation respiratoires. Dans sa conférence, le professeur agrégé Chabrol nous montre le double aspect climatique et hydro-minéral de la Providence des asthma-

tiques : station climatique par sa situation à 1 000 mètres d'altitude au centre de la partie montagneuse la plus pittoresque de l'Auvergne ; station hydro-minérale par ses eaux bicarbonatées ferrugineuses arsenicales et fortement siliceuses. Après le déjeuner, et, pour les privilégiés, après une vieille fine 1860, les véémistes se divisent en deux groupes : les jeunes et les moins jeunes. Le premier groupe tente l'ascension du Puy-de-Sancy, le second groupe monte par funiculaire au salon des Capucins; mais l'effort, comme la vertu, n'est pas toujours récompensé, et la beauté du panorama découvert sera inversement proportionnelle à l'altitude. Personnellement, nous ne pouvons que nous en réjouir.

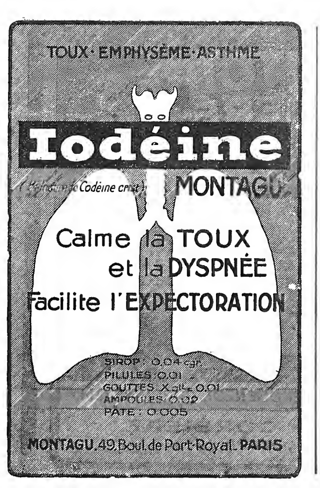
Septième jour. — Vic-sur-Cère. — Plus de 150 kilomètres nous séparent de Vic-sur-Cère, où nous devons arriver vers la fin de l'après-midi. Nous traversons successivement : Bort, célèbre par ses fameuses orgues de basalte, longuement admirées il y a quatre ans par le professeur David et sa troupe ; Mauriac, dont la basilique Notre-Dame retient quelques instants notre attention pendant que Mlle Machuré veille à notre ravitaillement ; Salers, ancienne ville fortifiée, remarquable par ses rues étroites et tortueuses, ses vieilles maisons moyennâgeuses, sa terrasse de Barrouze donnant sur les montagnes du Cantal et les plaines de la Marronne ;... on peut cependant regretter, que l'absence d'organisation hôtelière rende impossible le séjour dans cette incomparable cité médiévale dont les Auvergnats sont justement fiers. De Salers, nous gagnons le col de Néronne, où nous pique-niquons pour reposer notre muqueuse digestive, et lui permettre d'affronter victorieusement les prochains banquets. Après le déjeuner, le Pas de Peyrol nous conduit au Puy Mary. Evidemment, nos alpinistes, encouragés par leur brillant succès de la veille, ne peuvent résister au désir de s'élever 300 mètres au-dessus de nous, ne serait-ce que pour étudier la densité de la brume qui leur masque le cirque de Mandailles. Du Puy-Mary, c'est la descente par

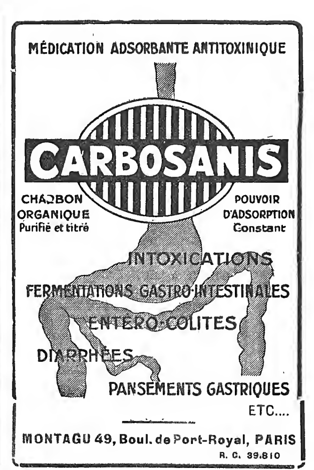


Condat-en-Féniers (fig. 4).



Le lac de Guéry et le massif du Sancy (fig. 5).


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr.
PILULES : 0,01
GOUTTES : X gttes = 0,01
AMPOULES : 0,02
PATE : 0,005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC....
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810



les vallées de la Santoire et de l'Alagnon, vers le Lioran, bordé d'immenses forêts de pins ; la vallée de la Cère dominée par le Plomb du Cantal et le Puy-Griou ; le Pas de Compaing; le Pas de Cère, et enfin Vic-sur-Cère où nous arrivons à l'heure prévue, pour la conférence du professeur Villaret.

Vic-sur-Cère est une station hydro-minérale par ses eaux bicarbonatées mixtes et ferrugineuses, surtout utilisées en boisson, mais elle est beaucoup plus encore une station climatique, par sa situation privilégiée à 675 mètres d'altitude au centre d'une vallée très pittoresque, bien abritée et assez ensoleillée. On y enverra : les convalescents de maladies aiguës, les anémiques, les asthéniques, et enfin les malades éprouvant le besoin de se préparer ou de se reposer avant ou après une cure dans une autre station thermale.

HUITIÈME JOUR. — **Saint-Nectaire.** — Le lendemain, nous reprenons en sens inverse la vallée de la Cère et le Lioran, pour rejoindre au delà de Murat les gorges de la Rhue, qui nous conduisent à Condat, où nous sommes reçus après déjeuner par M. Chabrol, que nous ne saurions trop remercier ici de son cordial accueil.

Par Eglise-Neuve-d'Entraigues, nous atteignons le lac Pavin, ancien cratère volcanique, couvrant aujourd'hui, à 1 200 mètres d'altitude, une étendue de 50 hectares, encadrée par une magnifique forêt de sapins. Par Besse et Murols, enfin, où les vestiges du château dominent la région, nous arrivons avec quelque retard à Saint-Nectaire-le-Bas pour la visite de l'établissement thermal, d'où nous remontons à Saint-Nectaire-le-Haut pour admirer l'église, chef-d'œuvre du style roman-auvergnat. A la fin du banquet à l'Hôtel du Parc, le professeur agrégé Etienne Chabrol nous dit tout le bien qu'il pensait de Saint-Nectaire, station réservée aux rénaux et tout particulièrement aux albuminuriques, qui trouvent là des eaux oligo-métalliques qui conviennent pour les cures de diurèse et des tables de régimes étroitement surveillées par le corps médical.

NEUVIÈME JOUR. — **Royat.** — Un retour sur Murols ; et par le lac Chambon, le col de Dyanne, le lac de Guéry, nous rejoignons la grande route de Clermont-Ferrand, pittoresque cependant, avec ses chaos de laves, sa vue sur le plateau de Gergovie, et le panorama de la capitale de l'Auvergne, que nous contournons peu avant Royat.

Distincte de Royat-Ville, Royat-Thermale n'est qu'un groupe de palaces princiers, d'hôtels confortables, de coquettes villas, groupés autour de l'établissement thermal où les bains carbo-gazeux occupent la première place. Ces bains carbo-gazeux sont au nombre de deux : A et B ; les premiers donnés avec de l'eau ayant séjourné quelques heures dans un réservoir hermétiquement clos, donc ayant perdu ses gaz ; les seconds, au contraire, donnés avec de l'eau émanant directement du griffon. Dans un salon de l'établissement, le professeur Maurice Villaret nous entretient des eaux de Royat, eaux bicarbonatées mixtes, chlorurées, arsenicales, lithinées et fortement carboniques, à prescrire dans les hypertensions, les petites insuffisances cardiaques, les troubles vasculaires périphériques à prédominance spasmodique, faciles à reconnaître par l'épreuve à l'acétylcholine.

L'après-midi est utilement employé par l'excursion classique du Puy-de-Dôme, gracieusement offerte par Royat ; la visite de Clermont et de Montferrand. A Clermont, notre attention est tout spécialement retenue par la cathédrale et l'église Notre-Dame du Port ; à Montferrand, nous déambulons lentement à la remorque du professeur David qui, son « Michelin » à la main, nous guide lentement à travers toutes ces ruelles bordées çà et là de quelques vieilles maisons Renaissance, dont celles de l'Eléphant et de l'Apothicaire ne sont pas les moins curieuses.

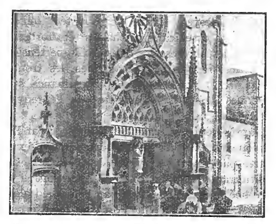
Durtol. — Avant de nous rendre à Durtol, nous repassons une dernière fois à Clermont, où nous sommes reçus par le professeur Castaigne, qui nous fait visiter l'Ecole de médecine, l'Hôtel-Dieu et, pour la clientèle moyenne, une clinique médico-chirurgicale *up to date*, sur laquelle les Parisiens peuvent prendre modèle. Il est certain, en effet, qu'à Paris en particulier, rien n'a été prévu, soit par les organisations publiques, soit par les organisations privées, pour ces pauvres êtres hybrides, qui n'ont pas su s'élever à la richesse ou s'abaisser à l'indigence. De l'Ecole, nous sommes transportés à la Cité universitaire, orgueil de M. Sorre, recteur de l'Université, et enfin à Durtol, où nous arrivons une demi-heure plus tard.

Là, le docteur Labesse, digne successeur de Sabourin, de Tobé, nous montre qu'il a su s'adapter à l'évolution de la thérapeutique contre les tuberculoses en ce qui concerne les sanatoria. Certes, et personne ne le conteste, la cure climatique reste un facteur favorable à rechercher pour les tuberculeux, mais la cure climatique passe au dernier plan en regard des différentes méthodes de collapsothérapie. C'est dire la nécessité, dans tout sanatorium, d'une organisation radio-médico-chirurgicale parfaite. C'est ce que le Dr Labesse a compris, et nous l'en félicitons vivement, après cet excellent déjeuner, au moment où les cars nous emmènent vers Châtel-Guyon, par le sanato-

VARIÉTÉS *(Suite)*

rium d'Enval et le sanatorium Clémentel.

Dixième jour. — **Châtel-Guyon.** — Bâtie sur les premiers contreforts du Mont-Dôme, dans la vallée du Sardou, Châtel-Guyon, bien protégée par des coteaux vignobles et des montagnes



La Vierge à l'Oiseau.
Notre-Dame du Marthuret (Riom) (fig. 6).

de sapins, jouit d'un climat doux et sec, en même temps que stimulant et tonique, dont l'action vient renforcer celle de ses eaux chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes et ferrugineuses, magistralement étudiées expérimentalement et cliniquement par le professeur agrégé Chabrol, qui voit dans Châtel-Guyon essentiellement la station de la régulation des fonctions intestinales.

Onzième et douzième jours. — **Vichy.** — Un dernier arrêt à Riom, où nous admirons les églises Saint-Amable et Notre-Dame du Marthuret, la première romane et la seconde gothique avec à l'extérieur la célèbre « Vierge à l'Oiseau », et, par Gannat, nous arrivons à Vichy.

A la descente des cars que nous abandonnons définitivement, nous croyons découvrir une certaine tristesse sur tous les visages amis. Est-ce l'influence du ciel gris que nous avions laissé à Néris, et que nous retrouvons ici ? N'est-ce pas plutôt la pensée que nous sommes au terme de notre voyage et à la veille des séparations ? Nous n'avons pas le temps de nous attarder à ces considérations; nous sommes déjà à l'Etablissement thermal, puis aux sources et au terrain des sports, où le thé nous est offert avant le retour au Carlton pour le banquet d'adieu.

Au dessert, M. Normand, administrateur délégué de la Compagnie Fermière, le Dr Durand-Fardel, président de l'Association des médecins de Vichy, le professeur agrégé Chabrol, MM. les délégués de l'Angleterre, de la Belgique, de la Hollande, de la Tchécoslovaquie, de l'Internat de Paris et de la France, enfin le professeur Maurice Villaret, se congratulent réciproquement, et les véémistes, après s'être donné rendez-vous pour le XXVIe V.E.M., s'éparpillent au Grand Casino, parmi les douze cents médecins venus de tous les coins du monde, pour le premier Congrès international de la lithiase biliaire qui s'ouvre le lendemain.

ÉCHOS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU S. M. S.

L'assemblée générale du deuxième semestre s'est tenue dimanche 4 décembre, de 2 à 7 heures, dans la grande salle de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. Hartmann, président du Syndicat.

Les comptes rendus annuels du secrétaire général et du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal ont tout d'abord été approuvés sans observations. Un vœu a été émis, demandant que l'instruction de toutes les affaires concernant la défense de la santé publique soit confiée à un seul magistrat, chargé uniquement de ce service.

Comme conclusion au rapport de M. Dorvaux sur le fonctionnement de l'O. P. H. S. du département de la Seine, l'assemblée générale a adopté un ordre du jour affirmant à nouveau le désir et la bonne volonté de collaboration technique du syndicalisme médical à l'organisation de la médecine sociale, mais demandant que les dispensaires de l'O. P. H. S. se conforment au type légal, avec participation du syndicat médical local au conseil d'administration de chacun d'eux, se tiennent exclusivement dans leur rôle de dépistage et de prophylaxie et s'abstiennent de tout traitement.

L'étude de M. Boyer sur les questions de fiscalité a amené le vote d'un ordre du jour demandant :

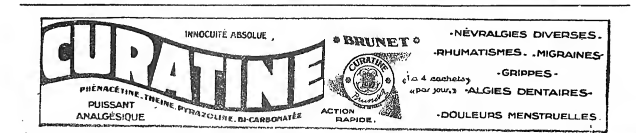
1° Que tous les médecins, tirant profit de leur diplôme, soient astreints à la patente ;

2° Que le droit fixe proposé soit uniforme pour toute la France, seul étant variable le droit proportionnel sur les locaux professionnels ;

3° Si le contrôle des déclarations est soumis à une commission, que les professions libérales y aient des représentants.

M. Hartmann, président du S. M. S., prononce ensuite son allocution. Il montre quelles ont été les désillusions des médecins praticiens de la Seine, qui, se fiant aux promesses qui leur avaient été faites et pensant qu'ils pourraient conserver leur clientèle d'avant la loi, ont accepté de collaborer au fonctionnement de la loi d'assurance-maladie, ont tenu leurs engagements et voient peu à peu et de plus en plus une partie de cette clientèle détournée directement ou indirectement de leurs cabinets. Il conclut en émettant le vœu que l'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, décide l'ouverture immédiate auprès des Syndicats médicaux départementaux, d'une enquête destinée à réunir la documentation nécessaire à une démarche pressante auprès des pouvoirs publics à qui il sera demandé, en bloc, de donner à nos revendications les satisfactions qui nous sont indispensables.

On adopte ensuite une proposition de M. Jolly, déjà approuvée par le Bureau et le Conseil, exigeant de tout candidat à une fonction élective syndicale la déclaration écrite de respecter les principes de la charte médicale et de se conformer aux directives du syndicat en matière de soins dans les dispensaires ou les cliniques et de n'être, pour le traitement des malades, au service d'aucune caisse, compagnie d'assurances ou entreprise privée.


CURATINE
INNOCUITÉ ABSOLUE
BRUNET
PHÉNACÉTINE-THEINE-PYRAZOLINE-BI-CARBONATÉE
PUISSANT ANALGÉSIQUE
ACTION RAPIDE.
(1 à 4 cachets par jour.)
-NÉVRALGIES DIVERSES-
-RHUMATISMES- -MIGRAINES-
-GRIPPES-
-ALGIES DENTAIRES-
-DOULEURS MENSTRUELLES-

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Le Dr L... s'était pourvu en cassation contre l'arrêt de la Cour d'appel de Nancy du 19 janvier 1928, qui l'avait condamné à payer des dommages-intérêts à Mme Veuve Sand, en réparation du préjudice résultant pour elle du décès de son fils.

Elle prétendait en effet que, après avoir été blessé, son fils avait été soigné, et mal soigné, par le Dr L... et que celui-ci avait engagé sa responsabilité en ne vérifiant pas par radiographie s'il ne se trouvait pas un corps étranger au fond de la plaie.

Nous avons, dans *Paris médical*, analysé, critiqué et reproduit l'arrêt de Nancy, en indiquant les motifs qui avaient poussé la Cour à reconnaître l'existence d'un principe de responsabilité.

La Cour de cassation a rendu le 11 janvier 1932 son arrêt sur ce pouvoi (*Gaz. Trib.*, 20 mai 1932).

Elle a estimé que quand les juges du fond constatent qu'une plaie n'a pas été soigneusement lavée et sondée par un médecin, quand ils constatent que le médecin a laissé subsister des débris de vêtements et une bourre grasse de cartouche dans la plaie, ils peuvent valablement décider que le médecin a commis une faute lourde engageant sa responsabilité.

Dans l'espèce il s'agissait d'un coup de fusil tiré sur le jeune Sand dans la cuisse ; il avait été soigné, mais la présence des corps étrangers avaient déterminé une infection qui avait été la cause de la mort.

Une expertise médicale révélait en effet que la blessure elle-même n'avait atteint aucun organe important ; qu'en conséquence la mort était due non à la blessure elle-même, mais à l'infection causée par la présence de la bourre et des débris de vêtements dans la plaie.

L'arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation est ainsi libellé :

« La Cour ;

« Sur le moyen unique :

« Attendu que la Cour de Nancy, confirmant le jugement du tribunal de Saint-Michel, dont elle déclare adopter les motifs non contraires, a condamné L..., docteur en médecine, à des dommages-intérêts au profit de la dame Sand, en réparation du préjudice résultant pour elle du décès de son fils, mort des suites d'une blessure pour laquelle il avait été soigné par L...;

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

« Attendu qu'il résulte des motifs du jugement de première instance, auxquels il n'est pas contredit à cet égard par l'arrêt attaqué, que la plaie n'a pas été soigneusement débridée, lavée et sondée ; que L... y a laissé subsister des débris de vêtement et une bourre grasse de cartouche, et que la présence de ces corps étrangers a déterminé une infection qui a été la cause de la mort, laquelle n'a point été causée par la blessure elle-même, qui n'avait atteint aucun organe important ;

« Attendu qu'en l'état de ces constatations et appréciations souveraines l'arrêt attaqué a pu valablement décider que L... avait commis une faute lourde engageant sa responsabilité ;

« Par ces motifs, et abstraction faite de motifs surabondants ;

« Rejette... »

Si, dans *Paris médical*, nous avons longuement relaté les faits qui avaient abouti à l'arrêt de condamnation, aujourd'hui ce qui paraît intéressant, c'est la formule même de l'arrêt de cassation.

Cet arrêt en effet porte que les juges du fond, en relevant les divers faits, ont décidé que le médecin avait commis une faute lourde engageant sa responsabilité, et les mots « faute lourde » prennent ici toute leur valeur.

En effet, nous avons vu qu'en matière de responsabilité médicale, la jurisprudence établi que pour les fautes de droit commun il suffit que le médecin ait commis une imprudence, une négligence, une maladresse, pour que sa responsabilité soit engagée. Au contraire, quand il s'agit de fautes concernant l'exercice même de l'art médical, une simple faute légère n'apparaît pas comme suffisante pour engager la responsabilité du médecin. Car il peut exister des thèses contradictoires, des doctrines scientifiques différentes entre lesquelles les magistrats n'ont pas à se décider. C'est d'ailleurs en ce sens que s'était prononcé un arrêt de la Cour de Paris, du 12 mars 1931 (Dall. 1931-2-141) que nous avons déjà publié dans *Paris médical.*

La distinction entre la faute lourde et la faute légère se justifie parce que les tribunaux n'ont

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

aucune qualité pour discuter des questions d'art médical, dès l'instant qu'il ne s'agit pas d'une de ces obligations professionnelles qui son tunanimement acceptées.

A ce propos, il a été jugé que quand une erreur de diagnostic est établie, cette erreur ne suffit pas en soi à constituer une faute engageant la responsabilité, parce qu'elle peut être expliquée par l'état de la science et parce qu'on ne peut réclamer du médecin qu'une compétence normale, sans exiger de lui qu'il accepte des thèses nouvelles encore à discuter.

De même, dans un traitement radiothérapique' la Cour a estimé qu'il n'y avait pas de responsabilité quand ce traitement est devenu nocif par le fait que l'état de la science ne permet pas de soupçonner les émissions parasites. Dans ce cas, si le traitement est devenu nocif, on ne peut en faire grief à un médecin qui, tout en suivant les règles généralement admises de la profession, n'a pu prévoir ce que la science ne lui permettait pas de connaître avec sûreté.

Au contraire, quand le fait imputé à faute au médecin se trouve complètement étranger à la pratique de l'art médical et quand il ne s'agit de discuter aucune doctrine scientifique, la simple négligence ou la simple imprudence du médecin rend applicable l'article 1383.

Dans l'espèce que nous avons reproduite plus haut, la Cour de cassation a confirmé cette distinction et affirmé de nouveau sa jurisprudence.

Sans doute, il s'agissait en l'espèce d'une faute commise dans l'exercice de l'art médical, puisque la question était de savoir si le médecin n'aurait pas dû prendre des précautions spéciales pour s'assurer que la plaie ne contenait plus aucun corps étranger. Mais la Cour de cassation a estimé, confirmant en cela l'opinion de la Cour de Nancy, qu'avec les moyens de prospection dus à la science actuelle, les faits reprochés au médecin constituaient une faute lourde de nature à engager sa responsabilité.

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

FRANÇOIS HENRIJEAN (1860-1932)

Après la mort du professeur J.-F. Heymans, survenue en avril dernier, voici que la science pharmacologique belge perd en Henrijean un autre de ses plus ardents pionniers, et la science française un autre de ses amis les plus dévoués.

François Henrijean est né à Spa le 19 novembre 1860 d'une vieille famille wallonne. Reçu docteur en médecine en 1882, il travailla comme élève assistant sous la direction de deux célébrités belges, l'anatomiste Schwann et le physiologiste Léon Fredericq. Après quelques années passées dans diverses universités allemandes, puis à Paris, Henrijean revint à Liége où il se consacra à la recherche scientifique, obligé cependant, pour vivre, de remplir les fonctions d'assistant à la clinique chirurgicale du professeur de Winniwarter.

Ses travaux d'abord consacrés à la physiologie et à la bactériologie le font désigner en 1889 pour une charge de cours de pathologie générale et de maladies infectieuses à l'Université de Liége. Peu à peu avec ses études sur les antiseptiques et les antithermiques, il s'oriente vers la pharmacologie et la thérapeutique. Aussi, à la mort du professeur Van Aubel, en 1889, fut-il chargé, dans la même Université, de l'enseignement de la pharmacodynamie sans toutefois pouvoir obtenir un laboratoire de recherches. C'est seulement en 1898, lors de sa titularisation, qu'il obtint enfin un petit laboratoire dont il put réaliser l'équipement grâce à la générosité d'un mécène et à la reconnaissance d'un malade. Enfin, quelques années plus tard, il put disposer des locaux du vieil hospice qu'on venait de désaffecter et il y créa le laboratoire de thérapeutique et de pharmacodynamie de l'Université de Liége dont il fit un centre de recherches et qui est occupé aujourd'hui par son successeur, le professeur Dautrebande.

Pendant près de trente ans, Henrijean enseigna la thérapeutique et la pharmacodynamie, et de cet enseignement si vivant et si documenté il nous reste son *Traité de pharmacodynamie*, dont une première partie seulement a paru, celle concernant les généralités et les trois grands groupes de médicaments : anesthésiques généraux, hypnotiques et poisons cardio-vasculaires. Ce dernier groupe a fait l'objet d'une étude plus approfondie dans deux autres ouvrages, l'un paru en 1926 sur le cœur, les médicaments cardiaques et l'électrocardiogramme, l'autre paru en 1930 sur la digitale, ce dernier en collaboration avec son dévoué assistant R. Waucomont.

L'étude du cœur et de l'électrocardiogramme, menée par Henrijean à la fois au laboratoire et en clinique, a été pendant la plus grande partie de sa vie son principal objectif. Il a consacré tout spécialement de nombreuses recherches à l'étude des médicaments cardiaques : digitaline, ouabaïne, adonidine, camphre, etc. Il a plus particulièrement insisté sur l'emploi prolongé des petites doses de digitale qui, contrairement à ce qu'on pensait, sont parfaitement tolérées par l'organisme.

Au cours de ses recherches, Henrijean a été amené à exposer des idées originales sur la nature de la contraction cardiaque et sur l'électrocardiogramme qui représenterait la somme algébrique des phénomènes électriques dus les uns au tissu spécifique cardiaque ou appareil de commande, les autres à la mise en jeu du tissu contractile. Il a exposé quelques-unes de ses idées dans plusieurs cours donnés en 1929 à la Faculté de médecine de Paris.

Nous ne pouvons mentionner ici toute l'œuvre de F. Henrijean, qui comprend en outre des travaux importants sur les poisons des centres encéphaliques : alcool, chloroforme, chloral, éther, etc.

Henrijean, auquel l'Université de Paris décerna en 1929 le titre de docteur *honoris causa*, était depuis 1921 membre de l'Académie de médecine dont il ne manquait point de fréquenter les séances chaque fois qu'il était de passage à Paris. Il avait noué dans le monde médical parisien et aussi dans nos Universités de province des amitiés solides. Il fut en de nombreuses circonstances un animateur des relations médicales franco-belges. Au surplus, sa culture universelle l'avait répandu également dans les milieux artistiques et littéraires belges et français, et des liens très affectueux l'unissaient au président du Conseil du cabinet précédent.

C'est une grande figure de savant et d'artiste qui disparaît en la personne de François Henrijean, et le *Paris médical*, au nom de la médecine française, associe son deuil à celui de nos confrères belges.

M. Tiffeneau.

OTTO VELGHE

C'est avec une triste surprise que l'on a appris le décès de M. Otto Velghe, président du Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, au cours de la dernière session, à Genève, de la Section d'hygiène de la Société des Nations.

M. Velghe ancien secrétaire général du ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène de Bruxelles, avait joué dans son pays un rôle de tout premier plan comme à Paris au Comité permanent où il avait occupé le poste de président de ce Comité depuis 1919 jusqu'à maintenant, ayant toujours été réélu à l'unanimité par les collègues devenus tous ses amis et chez lesquels sa mort laisse d'unanimes regrets.

Pour le remplacer, notre confrère sir George Buchanan compagnon de l'Ordre du bain, membre de l'Académie royale de médecine, senior medical officier du ministère de la Santé publique et délégué de la Grande-Bretagne, a été élu président du Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique. Sir George Buchanan était déjà l'un des plus anciens délégués à ce Comité où il a joué en maintes circonstances un rôle de tout premier plan.

L'Office international d'hygiène publique, dont le siège est à Paris, a été créé par la Convention internationale de Rome de 1907 et son Comité permanent est composé des délégués techniques officiels de 51 gouvernements. On y étudie les problèmes techniques et administratifs à

NÉCROLOGIE *(Suite)*

résoudre pour l'application et le perfectionnement des nombreux arrangements et conventions, d'ordre international, relatifs à l'Hygiène publique.

La principale de ces conventions est la Convention sanitaire internationale signée au Quai d'Orsay en 1926 et la plus récente est la Convention sanitaire internationale pour la Navigation aérienne.

Le Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique remplit également un rôle important en tant que Comité consultatif pour la Section d'hygiène de la Société des Nations dont sir George Buchanan, en sa nouvelle qualité de président du Comité permanent, devient vice-président *ex officio*.

ROBERT PIERRET.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CÉCITE

L'assemblée annuelle de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité a eu lieu le samedi 19 novembre, à 14 heures, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, sous la présidence du professeur de Lapersonne, en présence de M. Justin Godart, ministre de la Santé publique. M. de Monzie, ministre de l'Éducation nationale, s'était fait représenter par son chef de cabinet, M. Abraham.

Dans la nombreuse assemblée, étaient présents : M. le général médecin inspecteur Sieur ; le professeur Van Duyse (Belgique) ; le professeur von Szily (Allemagne) ; le Dr Bernard Cridland (Angleterre) ; le professeur Cosse (de Tours) ; le professeur G. Weill (de Strasbourg) ; le Dr Bailliart, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie de Paris ; le Dr René Onfray, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie ; le Dr Jitta (La Haye), de la Société des Nations ; le professeur Terrien (de Paris) ; le Dr Lasnet, médecin général inspecteur ; le Dr Arnaud, médecin général inspecteur, directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ; M. Viborel, chef du Bureau de propagande de l'Association ; le professeur Jeandelize (de Nancy) ; le professeur agrégé Velter ; M. Max Hermant, président du Comité général des assurances ; le Dr Humbert, secrétaire général de l'Association ; le Dr Coutela, secrétaire général du Comité français de l'Association, ainsi que de nombreux médecins ophtalmologistes, directeurs, professeurs et assistantes d'hygiène de la Ville de Paris.

Le président présenta un rapport sur les travaux de l'année montrant les progrès constants accomplis par l'Association internationale et par son comité français depuis leur création.

La séance fut ensuite consacrée à la très importante question de la préservation de la vue chez les enfants (écoles pour amblyopes).

M. le professeur PIERRE VILLEY, secrétaire général de l'Association Valentin Hauy, décrivit, en termes émouvants, la triste situation de ces demi-aveugles. Tandis que l'opinion publique se préoccupe depuis longtemps des secours aux aveugles et qu'on a créé presque partout des instituts pour l'éducation des enfants aveugles, on n'a pas assez agi en faveur des jeunes amblyopes. L'orateur insiste sur la nécessité d'organiser pour eux des classes spéciales où, grâce à des méthodes particulières d'éducation, ils pourront acquérir les mêmes connaissances que les enfants à vue normale.

Le Dr BISHOP HARMAN, l'éminent fondateur des écoles d'amblyopes, expose l'évolution de ces écoles en Grande-Bretagne, où la première classe d'amblyopes fut fondée en 1908. Il explique les méthodes pédagogiques spécialisées en usage dans ces classes. Il existe actuellement à Londres 37 classes, dans 15 quartiers, avec 850 enfants. En outre, 100 places sont réservées pour les enfants amblyopes dans les écoles d'enseignement secondaire.

Mme WINIFRED HATHAWAY (de New-York), directrice adjointe de la Société nationale américaine de la Préservation de la vue, décrit à son tour la situation actuelle en Amérique, où il n'existe pas moins de 409 classes, réparties dans 118 villes et 22 États. Les méthodes en usage dans ces classes diffèrent, sur certains points, des mesures adoptées originellement.

Le professeur BARTELS (de Dortmund) donne des précisions sur l'enseignement donné dans les classes d'amblyopes en Allemagne. Il démontre que le coût de l'enseignement par tête d'enfant, bien que plus élevé dans une école d'amblyopes que dans une école ordinaire, est cependant de beaucoup inférieur à celui de l'enseignement donné à un enfant aveugle. Il y a donc tout intérêt, pour l'État, à favoriser la création de ces classes auxquelles on a donné le nom d'écoles de von Graefe.

Le Dr AUGUSTE DUFOUR (Lausanne), président de l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles, expose les difficultés qu'on a rencontrées, dans un petit pays de 4 millions d'habitants comme la Suisse, pour fonder des écoles d'amblyopes. Une de ces écoles a cependant été ouverte à Zurich en 1925 et une autre à Bâle en 1930. Il constate que, grâce aux méthodes spéciales d'éducation employées dans ces classes, les résultats obtenus ont été bien supérieurs à ceux qu'on aurait pu espérer si on avait laissé ces enfants dans les classes ordinaires.

Le Dr REDELOB rappelle que l'école d'amblyopes de Strasbourg, créée en 1908, est une des plus anciennes qui existent. Il insiste sur la nécessité de multiplier ces écoles en France, à l'instar des autres pays qui nous ont devancés.

Le Dr MONBRUN, secrétaire général adjoint du Comité français indique les enquêtes qui ont été faites dans la population scolaire parisienne, montrant que la proportion des amblyopes serait d'environ 1 sur 500 à 750 enfants. A la suite des démarches entreprises par la Préfecture de la Seine, M. le ministre de l'Éducation nationale vient d'autoriser la création d'une classe d'amblyopes à Paris, qui sera annexée au groupe scolaire de la place Jeanne-d'Arc (XIIIe).

Ces communications ont été suivies de la projection d'un film documentaire et de l'exposition de matériels scolaires spéciaux.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

VIIe CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Octobre 1932

Étude clinique des rapports sinuso-dentaires. — M. KRIVINE (Paris) montre, avec de nombreuses observations, la fréquence des fistulisations alvéolo-sinusales, qui sont longtemps latentes mais peuvent donner lieu à des névralgies ou des réactions sinusales de diagnostic difficile. Il insiste sur la recherche des lésions bucco-dentaires dans ces cas et leur traitement par voie buccale.

Influence et importance de l'hérédité dans les malpositions dento-maxillaires. — Le Dr A. PONT, se basant sur des recherches anthropologiques et sur les expériences de Mendel, démontre que, à côté des lésions acquises, il existe des malpositions dento-maxillaires par hérédité pure.

Ces notions sont importantes à connaître, non seulement du point de vue scientifique, mais du point de vue pratique, car elles donnent des directives très importantes pour le traitement et la thérapeutique.

L'auteur a délimité six variétés de ces lésions par hérédité pure :

1° Le prognathisme inférieur héréditaire qu'il propose d'appeler maladie de Galippe.

2° Le rétrognathisme inférieur qui donne au patient un profil moutonnier.

3° La bi-protusion des maxillaires ou maladie de Case.

4° L'atrésie des maxillaires.

5° Les cas d'enfants ayant hérité les dents trop grandes d'un de leurs ascendants et les maxillaires trop étroits de l'autre ascendant.

6° Le cas contraire d'enfants ayant des dents trop étroites pour des maxillaires trop grands.

Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la voûte palatine en ogive. — M. CORRADO D'ALISE, après avoir causé de la signification du palais en ogive, chez les brachycéphales et les dolichocéphales, affirme : 1° que le palais en ogive, en général, est une formation squelettique pathologique, qui trouble plus ou moins la fonction normale du nez et de la bouche ; 2° que, même chez les dolichocéphales sans aucun autre défaut morphologique de la face, le palais en ogive a signification d'adaptation de nécessité et non pas de progrès. Puis, quant à l'étiopathogénie de la voûte palatine en ogive, après avoir parlé des théories suivies par la généralité des médecins, reticnt que, parmi les causes nombreuses qui contribuent à sa formation, le manque ou l'insuffisance de la fonction musculaire dans l'allaitement artificiel au commencement, et dans l'usage d'aliments mous qui ne demandent pas une mastication active et complète après le sevrage, en est la cause fondamentale.

A propos d'un diagnostic difficile entre une adénopathie sous-maxillaire et une sous-maxillite chronique. — Le Dr H.-P. CHATELLIER rapporte le cas d'une malade qui lui fut adressée avec le diagnostic d'adénopathie sous-maxillaire, dont on lui demandait de trouver la cause. Il expose les raisons cliniques pour lesquelles il pensa à une tuméfaction de la glande sous-maxillaire elle-même, opinion que confirma d'ailleurs l'opération.

L'examen biologique montra néanmoins que la pièce était constituée par la glande salivaire, frappée d'une réaction inflammatoire banale, au contact d'un ganglion tuberculeux profond. L'auteur termine son exposé par quelques remarques pratiques sur la chirurgie de la région.

Contribution à l'étude de l'ostéite tuberculeuse des maxillaires. — Le professeur F. LEMAITRE et le Dr Ch. RUPPE, à l'aide de 72 observations, reprennent l'étude de l'ostéite bacillaire des maxillaires. Ils en montrent la rareté, le siège mandibulaire, l'apparition surtout dans la première décade de la vie (65 p. 100), vers trois et quatre ans, l'association fréquente avec d'autres lésions osseuses (deux tiers des cas), les formes anatomiques (un tiers type gomme, plus d'un tiers avec séquestration), la possibilité de fracture spontanée (un dixième) et de pseudarthrose, la fréquence des infections secondaires, le peu de fréquence des séquelles (5 p. 100). La suite de ce rapport est consacrée à la symptomatologie, au diagnostic clinique et de laboratoire et au traitement.

Les épulis à myéloplaxes. Blastomes ou ostéodystrophies. — Le professeur D. ALEXANDRE ARLOTTA (de Milan) a étudié 53 cas d'épulis et il a pu se confirmer dans l'opinion tout à fait moderne que les épulis sarcomateuses ne sont pas de vrais blastomes, mais des manifestations extérieures d'ostéite fibreuse localisée.

Les tumeurs à myéloplaxes du maxillaire supérieur (avec figures). — Les Drs Ch. GRANDCLAUDE et G. MAUREL ont eu l'occasion d'observer depuis sept ans 4 cas de ces tumeurs rares opérées par l'un d'eux et actuellement guéries. Ils situent ces tumeurs endo-osseuses (tumeurs à cellules géantes, anciens sarcomes à myéloplaxes) à leur véritable place nosologique et insistent sur leur distinction clinique avec les épulis, tumeurs du bord alvéolaire, et leurs différences histologiques et pronostiques essentielles avec les sarcomes vrais du maxillaire supérieur.

Notes sur les kystes paradentaires du maxillaire supérieur, variétés, symptômes, complications, diagnostic, traitement. — Les Drs ROUSSEAU-DECELLE et CROQUEFER présentent une nouvelle méthode de radiodiagnostic des kystes paradentaires. Ils indiquent la technique opératoire des kystes du maxillaire supérieur établie d'après le siège, les dimensions des kystes que l'on peut observer. Ils insistent sur la nécessité d'un examen et d'un traitement hématologique particulièrement indiqué avant toutes les interventions faites sur cette région, afin d'éviter les complications et surtout les communications naso-buccales et sinuso-buccales.

Traitement des infections sous prothèses fixes. — Le Dr DUCLOS, après avoir éliminé les cas graves ou incurables pour lesquels l'extraction ne saurait être évitée, montre que de très nombreuses infections peuvent être parfaitement traitées, les lésions apicales, molaires exceptées, étant presque toujours opérables, et l'infection canaliculaire pouvant être généralement supprimée,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

soit par voie camérale, en déposant provisoirement ou en traversant la prothèse, soit par voie apicale pour les dents à pivots indescellables ou canaux imperméables : on peut alors ou réséquer la portion douteuse de racine ou, si elle est trop étendue, la forer pour la désinfecter et l'obturer par l'apex.

Un cas de leontiasis ossea. — Le Dr MINIÈRE (de Rouen) rapporte un cas de *leontiasis ossea* chez un jeune garçon de treize ans. Unilatéral cliniquement, la radio le montre bilatéral.

Les deux maxillaires supérieurs sont atteints, un sinus est comblé. Intégrité complète de la mandibule, du crâne, des os longs. Pas de troubles subjectifs. Un examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic en montrant une sclérose osseuse intense avec ostéite condensante sans apparence d'aucune formation kystique. Pathogénie inconnue (cinq projections).

Sur les accidents consécutifs à l'inclusion de la dent de sagesse supérieure. — Le Dr ROCHETTE SAINT-RAPHAEL, après avoir fait un rapide aperçu anatomique et quelques définitions, fait un essai de pathogénie et d'étiologie des accidents qui ont surtout été étudiés pour la dent de sagesse inférieure. Le manque de place n'est pas à retenir pour la troisième molaire du haut. La majorité des accidents pour cette dernière sont dus à la désinclusion accidentelle de cette dent arrêtée dans son éruption et sont plus fréquemment constatés à un âge avancé si on les compare aux accidents de la troisième molaire du bas se produisant entre dix-huit et vingt-cinq ans. Description des troubles mécaniques infectieux, réflexes, tumoraux. Traitement et technique illustrés pour deux observations.

Considérations sur un nouveau traitement prothétique des divisions vélo-palatines. — MM. PONROY, PSAUME et DECHAUME énumèrent les divers types d'appareils permettant de restaurer la phonation avec l'aide d'une rééducation phonétique.

Trois types classiques :

1° Les obturateurs séparant la bouche du pharynx (voiles artificiels) ;

2° Les obturateurs séparant le rhino-pharynx du bucco-pharynx, disposés horizontalement entre les moignons du voile et venant en contact avec la paroi postérieure du pharynx (bourrelet de Passavant) ;

3° Les obturateurs comblant le rhino-pharynx (balles obturatrices).

Deux Autrichiens viennent de réaliser un modèle nouveau qui semble donner les meilleurs résultats. Ce sont : 4° des obturateurs disposés dans les choanes pour fermer les orifices postérieurs des méats nasaux.

Traitement des lésions périapicales par la haute fréquence. — M. DECHAUME et Mme RABINOVITCH, s'appuyant sur les résultats qu'ils ont obtenus depuis un an et demi, sur 150 malades, dégagent les conclusions suivantes. C'est une méthode qui a fait ses preuves et doit entrer dans la technique courante. L'application est de courte durée et d'une technique facile. Il suffit de deux ou trois séances, à deux jours d'intervalle chacune, pour obtenir, sans risque d'incidents, des résultats immédiats excellents, même dans les lésions aiguës. Les résultats éloignés ne sont pas moins bons. La haute fréquence doit donc être préférée aux traitements médicamenteux habituels surtout pour les multiradiculaires, au curetage périapical pour les monoradiculaires. Elle est supérieure à l'ionophorèse.

Langue noire et eau oxygénée. — M. L. BIZARD montre que la langue noire pileuse est une affection très rare attribuée à la pullulation de divers germes, hôtes habituels du milieu buccal (*Saccharomyces linguæ pilosæ* de Lucet). Cependant l'auteur a observé (Société de dermatologie, 1907) que l'usage des bains de bouche avec une solution étendue d'eau oxygénée donne lieu au syndrome langue noire avec allongement papillaire. Il y a donc lieu de se demander si le mécanisme qui provoque la langue noire ne provient pas simplement d'une irritation et d'une pigmentation provoquées par des substances étrangères, H^2O^2 en particulier.

Kystes paradentaires et sinusite maxillaire. — Le Dr ARDOUIN (de Parthenay), après un rappel de pathogénie concernant les kystes paradentaires, résume quatre observations personnelles qui montrent que dans les kystes paradentaires, qu'ils soient dentifères ou non dentifères, il vaut mieux, le plus souvent, pratiquer d'emblée le Caldwel-Luc, que de faire subir au malade deux interventions successives.

Kyste paradentaire, sinusite maxillaire et fistule palatine. — Le Dr ARDOUIN (de Parthenay), après avoir résumé l'observation d'une malade de quarante-deux ans atteinte d'un kyste paradentaire palatin, conclut en disant que, lorsqu'on est obligé d'intervenir sur un kyste de ce genre par la voie buccale, il vaut mieux, même en l'absence de signes cliniques de sinusite maxillaire, suturer complètement et primitivement l'incision palatine, après la résection complète du kyste, et drainer ensuite par la voie sinuso-nasale.

Contention et stabilisation. — M. BÉLIARD montre que la résorption alvéolaire, ou alvéolyse, est à la base des états pyorrhéiques qui n'en sont que les complications infectieuses.

La prothèse stabilisatrice qui consent le sacrifice des dents frappées d'une mobilité anormale assez prononcée pour les rendre impropres à remplir leur fonction, assure la conservation des dents encore saines en les solidarisant par un grand bridge fixe à piliers multiples qui restaure, dans son intégralité, l'arcade dentaire malade.

Contribution à l'histologie pathologique des épulis. — Le Dr JOSEPH SZABO (de Budapest, Hongrie), sur la base de ses recherches histologiques, mais aussi sur celle de certaines expériences cliniques, est à même d'affirmer maintenant :

1° Que nous ne considérons pas comme prouvée l'assertion que les épulis présentant des images histologiques différentes ne seraient que des tumeurs montrant les différentes étapes de l'évolution, bien qu'il soit

ncontestable qu'au cours, par exemple, de l'évolution de l'épulis giganticellulaire, l'image histologique présente des modifications importantes.

2° Qu'il est hors de doute que l'épulis dite sarcomateuse, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, n'a rien de commun avec le sarcome véritable.

3° Que les épulis, indépendamment de l'image histologique, peuvent détruire le soutien de la dent, le paradentium, et peuvent même entamer la matière dure de la dent.

4° Que les épulis partent incontestablement des tissus du paradentium, et notamment le plus souvent du périodontium ou du tissu osseux du processus alvéolaire.

5° Qu'une guérison durable ne peut être espérée qu'après l'extirpation (par opération) ou la suppression (par cautère, etc.) des tissus du paradentium, et notamment des parties correspondantes du processus alvéolaire et du péridontium.

Considérations pathogéniques sur la lacune cunéiforme et sur la mylolyse. — Le Dr Frey montre que, sous l'influence du trouble des mutations nutritives (arthritisme), la dent peut présenter un état dystrophique appelé lacune ou mylolyse, suivant son étendue apparente. Il atteint aussi bien les dents à hyaloplasma riche que celles à hyaloplasma pauvre. La lésion est provoquée par le micro-traumatisme à répétition du brossage et de la mastication. Sa pathogénie se trouve enfermée dans les limites d'un trinôme : l'arthritisme, qui trouve dans les dents des organes terminaux sensibles aux troubles locaux de la circulation ; le terrain dentaire ; le micro-traumatisme.

Cet état dystrophique est appelé à prendre rang dans la pathologie générale.

Fausses routes et perforations radiculaires. — M. Darcissac décrit une technique personnelle qu'il a eu l'occasion d'appliquer dans 10 cas environ de perforations radiculaires et qui lui a permis de conserver en parfait état des dents dont l'avenir pouvait être considéré comme très compromis. Des radiographies confirment la guérison, en montrant la régénération osseuse au niveau des foyers osseux en rapport avec la perforation.

La stomatologie et l'hygiène sociale. — Le Dr A. Bloch précise la place que la stomatologie devrait tenir dans l'équipement sanitaire de la France et des colonies. « La prévention de la carie devrait être organisée en service public, la propreté buccale exigée; l'hygiène scolaire, de visuelle et souvent mutilante, devrait être conservatrice; les soins devraient être continués aux étudiants et aux apprentis, l'orthopédie dento-maxillaire comprise dans les assurances sociales, enfin, un certificat de bon état buccal exigé à l'entrée des grandes écoles, des sanatoria, des administrations, etc. »

Un cas d'ostéite fibreuse du maxillaire supérieur. — MM. Darcissac, Thibault, Hennion montrent les bons résultats d'une opération modelante qui leur a permis de corriger la déformation de la crête alvéolaire et d'établir une prothèse complète qu'il avait été impossible d'appliquer avant l'intervention.

Eau, climat, pain. — Le Dr G.-B. Francha (de Sienne) dans son étude en vient à ces conclusions :

1° D'après les résultats des comparaisons entre la diffusion de la carie dentaire parmi les enfants des écoles communales de dix villes italiennes classifiées et la quantité de sels de chaux des eaux potables de ces villes, il n'y a pas de rapports directs entre la diffusion de la carie dentaire et la quantité des sels de chaux contenus dans l'eau potable.

2° Suivant les graphiques thermiques de cinq villes italiennes aux climats très différents, les oscillations climatiques n'ont également pas de relations directes avec la maladie.

3° L'alimentation, au contraire, et particulièrement celle à base de pain confectionné avec de la farine intégrale de blé, aurait une importance manifeste en faveur de la prophylaxie de la carie dentaire.

4° Les études modernes de biologie sur le métabolisme, sur les fonctions hormoniques, sur les vitamines, sur le *p*H humoral, arriveront certainement à mettre en relief les vraies causes étiologiques de la réceptivité et de la résistance, héréditaire ou acquise, permanente ou temporaire, de l'antagonisme entre la carie et les paradentiopathies.

Ce sont les actions biologiques, dit l'auteur, qui ont la prédominance sur les causes d'origine extérieure, ainsi que l'eau et le climat, dont je me suis occupé dans mon présent travail, et j'affirme que le dentiste moderne ne doit et ne peut pas, comme le dentiste ancien, de l'époque passée, limiter son travail à la thérapeutique symptomatique : extraction, obturations et prothèse, mais il doit aussi, à la lumière toujours plus claire des sciences de la médecine moderne, analyser les actions biologiques, les fonctions biochimiques individuelles qui ont la suprématie sur les causes étiologiques d'origine extérieure, afin d'obtenir, en réparant la lésion, la guérison et la prophylaxie de la maladie qui, par sa grande diffusion et les complications multiples qu'elle peut déterminer, est reconnue être d'importance sociale primordiale.

Une expérience qui éclaircit la pathogénie des accidents infectieux extradentaires dans des cas d'infection pulpaire, par M. V. Fiol (de Barcelone).

Idée synthétique de la constitution de l'ethmoïde avec les localisations infectieuses, par M. V. Fiol (de Barcelone).

Conséquences cliniques et chirurgicales de nos investigations anatomiques sur le sinus maxillaire en relation avec l'ethmoïde et le sinus frontal, par M. V. Fiol (de Barcelone).

L'opportunité des extractions à chaud. — Le Dr Raison, après avoir montré que la complexité de la question ne permettait pas d'admettre l'opposition simpliste de deux opinions tranchées : celle des abstentionnistes et celle des interventionnistes, montre que le traitement

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

doit être basé sur un diagnostic anatomo-clinique précis.

Les différents cas sur lesquels les praticiens sont en général d'accord étant éliminés, il insiste plus particulièrement sur les accidents osseux, cellulaires et ganglionnaires. Il montre qu'au cours de ces accidents, on est d'accord pour extraire la dent causale, mais que ce qu doit être discuté, c'est le moment opportun de l'intervention quand l'infection est localisée ou diffuse.

Il indique ensuite les différents modes d'anesthésie et demande qu'on précise les grandes lignes qui doivent présider au choix de ces méthodes variées.

Un cas de résection micondylienne pour déviation mandibulaire. — MM. Berger, Lacaze, Leproust décrivent une observation analogue à celles déjà publiées par M. Dufourmentel et par M. Leproust (thèse Paris 1927).

Il s'agit d'une affection bien définie : hypertrophie d'un condyle sans tumeur ni inflammation, évoluant en deux années, sans rémission.

Malade de trente-huit ans traité sous anesthésie locale, par résection du condyle hypertrophié ; suites opératoires très simples. La déviation est immédiatement redressée : il persiste quelques troubles de l'articulé dentaire (béance interincisive) qui sont corrigés par le meulage des molaires et la réadaptation spontanée des dents.

Après deux mois le patient se sert parfaitement de sa mandibule des deux côtés.

Conséquences thérapeutiques de la pathogénie de la pyorrhée éclairée par le procédé de l'hémoculture gingivale. — Le Dr Vuichet, après un rappel de ses travaux pathogéniques sur la pyorrhée concluant à l'infection de la gencive par voie endogène, décrit le procédé de l'hémoculture gingivale.

Celui-ci permet de révéler les infections éloignées et sert de clé de voûte à la pathogénie et au traitement de la pyorrhée. Le traitement général causal sera vaccinothérapique, en partant du microbe spécifique décelé. Le traitement local devra étudier le foyer infectieux actif et créer une barrière aussi bien à son réensemencement qu'à son essaimage.

L'auteur fait part de son expérience sur les différents autiseptiques et sclérosants qu'il a employés jusqu'ici dans ce but, en injections intragingivales. Il en étudie l'efficacité, les avantages, les inconvénients et les dangers. Il apporte des précisions sur la technique, le processus curateur, et le pronostic de ce traitement nouveau déjà décrit dans ses communications précédentes.

Le muscle buccinateur, précisions anatomiques, déductions cliniques. — Le Dr Ginestet, après quelques réflexions sur la morphologie du maxillaire inférieur, précise les insertions du muscle buccinateur au sujet desquelles les classiques ne sont pas toujours d'accord. Il en tire des déductions au point de vue clinique sur la migration du pus d'origine dentaire ; de nombreux schémas, des coupes et des pièces disséquées illustrent le texte.

Affections cutanées et système dentaire. — M. P. Gassier, après avoir brièvement rappelé les travaux trop peu nombreux des médecins et spécialistes sur ce sujet, souligne, à l'aide d'observations personnelles portant sur les affections cutanées les plus diverses : urticaire, pyodermites, eczéma, etc., l'importance de cette question, et tente d'en expliquer le mécanisme ; celui-ci relevant sans doute de causes variées où les éléments d'ordre infectieux, réflexe et anaphylactique, semblent tenir la première place.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Les troisièmes Assises nationales de l'Assemblée française de médecine générale se sont tenues le dimanche 6 novembre, au grand amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le Dr Jules Renault, de l'Académie de médecine. Étaient présents : les professeurs Achard, Marcel Labbé ; le professeur Castaigne, de Clermont-Ferrand ; le professeur Mauriac, de Bordeaux ; le Dr Roubinovitch; des médecins des hôpitaux de Paris ; M. Riemann, secrétaire de la Ligue antialcoolique; quatre-vingt-douze médecins de Paris et de province, ceux-ci venus des départements les plus éloignés pour apporter leurs observations personnelles dans l'étude des « Formes cliniques régionales de l'alcoolisme ».

Les débats, dirigés par le Dr Jules Renault, permirent d'entendre les opinions autorisées non seulement des médecins exerçant dans les régions vinicoles, mais aussi celles des praticiens des villes et des campagnes, où l'alcoolisme provient de l'abus des vins importés ou des divers produits de distillation.

Il est ressorti des exposés que c'est principalement l'abus de ces derniers qui réalise les troubles graves de l'alcoolisme. Tandis que l'agriculteur et l'ouvrier agricole des pays vinicoles présentent une tolérance parfois surprenante à l'ingestion du vin rouge, tolérance en partie liée au travail physique intense au grand air et aussi à une alimentation abondante, cette tolérance diminue chez l'ouvrier d'usine, pour une certaine part aussi chez le travailleur des campagnes non vinicoles qui ne peut recourir qu'à des vins de qualité médiocre. Elle diminue également par l'usage du vin blanc, plus riche en alcool, souvent aussi en essences, mais surtout parce que l'ouvrier l'absorbe par goût à jeun ou entre les repas. Elle laisse enfin place à une sensibilisation progressive et grave quand, soit à titre prédominant, soit à titre complémentaire, le travailleur de la terre, à plus forte raison celui de l'usine, font usage des diverses eaux-de-vie et souvent de bien médiocre qualité.

La cirrhose du foie est très rare chez les buveurs de vin rouge; seulement elle apparaît en proportion notable dans les pays à vin blanc, pour les raisons signalées plus haut ; elle exerce ses ravages chez les buveurs de vins sophistiqués et de produits de la distillation de mauvaise qualité.

Il en est de même des troubles nerveux graves, tels que les troubles visuels et les polynévrites.

La conclusion des débats est un appel au respect de la fermentation naturelle du jus de la vigne, à la modération dans son usage, à la prohibition de la sophistication.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

et à l'élimination des multiples toxiques préscutés par les débitants.

Rappelons le programme des sessions prochaines de l'Assemblé française de médecine générale :

IVe session (décembre-janvier) ; *les Animaux domestiques* et spécialement le bétail (épidémiologie de la fièvre de Malte, de la fièvre aphteuse, de la tuberculose bovine. — Ve session (février-mars) : *la Tuberculose conjugale.* — VIe session (avril-mai) : *la Sérothérapie préventive antitétanique.* — VIIe session (juin-juillet) : *l'Avenir des pleurétiques.* — VIIIe session (octobre-novembre 1933) : *Fréquence et physionomie actuelles de la syphilis.*

Pour adhérer à l'A. F. M. G., prière de s'adresser à MM. les délégués départementaux ou au secrétaire général, Dr Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, à Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1932.

M. Léon Bernard annonce la mort de M. William Sydney THAYER (de Baltimore), associé étranger depuis 1918. Il rappelle que le grand savant américain fut un ami éprouvé de la France et dès 1914 partisan de l'intervention des Etats-Unis à nos côtés.

La valeur nutritive des œufs. — M. LESNÉ réhabilite l'œuf, aliment dont la valeur est incontestable. Mais l'œuf ne possède toutes ses qualités que s'il est frais et provient de poules correctement nourries et vivant en plein air.

Les nourrissons entre neuf et douze mois peuvent recevoir des œufs incorporés à des bouillies ou purées.

Les œufs sont contre-indiqués chez les hépatiques, les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux, ou des manifestations cutanées.

Ils sont formellement contre-indiqués chez les individus possédant une intolérance particulière comme on l'observe quelquefois.

Etude de l'action préventive du stovarsol (acide acétyloxy-aminophénylarsinique) dans la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI, J. MEZGER et Mlle R. SCHŒN étudient à nouveau l'action préventive du stovarsol, administré *per os* dans la syphilis expérimentale. Les auteurs concluent que le *stovarsol* (acide acétyloxyaminophénylarsinique), administré au lapin, à la dose de 0gr,25 à 0gr,20 par kilogramme, confère un état réfractaire antisyphilitique se manifestant de un à sept jours au moins après l'inoculation infectante. Cet état réfractaire se traduit par l'absence de syphilome au point d'inoculation et par la stérilité des ganglions lymphatiques périphériques. Sous l'influence de la médication stovarsolée, les tréponèmes inoculés, quoique présents dans le greffon jusqu'à quarante-sixième jour, subissent des altérations involutives et n'offrent aucune tendance à envahir les tissus de l'animal-hôte (ainsi qu'il advient lorsque les parasites sont introduits sous le scrotum des lapins non traités). Les germes sont détruits sur place et perdent, de ce fait, leur virulence initiale. Quoi qu'on ait dit, le stovarsol ne décapite pas la syphilis, mais la stérilise réellement, si l'on a soin de l'administrer à des doses suffisantes et si le traitement prophylactique est institué à temps.

L'examen physique des chauffeurs d'automobile. — M. CAZENEUVE, en collaboration avec le professeur Tanon et le Dr Neveu, ces derniers chargés de l'examen médical des chauffeurs de voitures automobiles à la Préfecture de police, apporte des observations nouvelles, qui démontrent la nécessité de cet examen pour éliminer de cette profession des candidats dont l'état de santé pourrait occasionner de graves accidents. La fréquence troublante de ces derniers devrait, tout au moins, ne pas avoir pour cause des tares organiques, véritables vices rédhibitoires pour conduire des voitures.

Précédemment ces auteurs avaient rapporté que l'examen médical de la Préfecture de police avait permis d'éliminer des paralytiques généraux, des tabétiques, des cardiaques, etc. Aujourd'hui, ils apportent les preuves toxicologiques que l'exercice de la profession de chauffeur peut amener, dans les voitures à conduite intérieure insuffisamment aérées, des troubles visuels, prodomes de syncopes graves, dus à l'action toxique du carburant.

Le carburant est constitué par des hydrocarbures impurs, souvent par du benzol industriel mélangé ou non avec de l'alcool dénaturé. Or l'hydrocarburisme est très connu avec des accidents mortels à son actif. Des impuretés, comme le thiophène dans les benzols, peuvent augmenter cette toxicité.

Des accidents graves dûment constatés dans les ateliers de réparations de moteurs démontrent également que l'oxyde de carbone peut être le coupable.

Si l'examen médical s'impose, comment se fait-il que le décret du 1er avril 1930 du ministre des Travaux publics, le prescrivant impérativement, ne soit nullement appliqué, dans les départements où se multiplient quotidiennement les grandes voitures automobiles ?

Pourquoi le vœu de 1931 — que l'Académie a bien voulu faire sur rapport de M. Morax, — en faveur d'un examen médical périodique des chauffeurs conduisant des voitures pouvant transporter au moins huit personnes, est-il resté lettre morte ?

MM. Cazeneuve, Tanon et Neveu demandent à l'Académie de vouloir bien renouveler ce vœu qui serait adressé, à nouveau, aux ministres des Travaux publics et de la Santé publique.

Autres communications :

Etat sur les glycuries dans le diabète rénal. — MM. LABBÉ, NEPVEUX et VIOLLE.

Une action peu connue de l'oxygénothérapie hypodermique, l'action entrophique. — M. JARRICOT.

Quelques faits favorables à l'idée d'un virus cancéreux dans quelques cancres animaux. Cancers des gallinacés, cancers des tritons. — M. CHAMPY.

L'origine des abcès froids de la paroi thoracique. — Leur traitement rationnel : M. FREDET.

Election du bureau. — M. SOUQUES, vice-président, passe à la présidence pour 1933.

M. WALTHER est élu vice-président.

M. GEORGES BROUARDEL est élu secrétaire annuel pour une période de cinq ans.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

MM. BEZANÇON et SIEUR sont élus membres du Conseil.

Election d'un membre titulaire dans la VI[e] section (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne M. BOUGAULT. En seconde ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Bruère, Choay, Goris, Guerbet, Hérissey. Adjoint par l'Académie : M. Bailly.

Au premier tour de scrutin, M. BOUGAULT est élu par 45 voix contre 32 à M. Goris et 1 à M. Hérissey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1932.

Perforation vésiculaire. — Une observation de M. REVEL concerne une intervention pour un syndrome de péritonite aiguë. On trouve une perforation vésiculaire et l'on extrait de la vésicule une balle intravésiculaire datant de la guerre.

Pancréatite œdémateuse. — M. FEREY (de Saint-Malo) adresse une observation, rapportée par M. BROCQ, de pancréatite œdémateuse traitée par la cholécystostomie. Guérison.

Dislocation du carpe. — M. BROCQ rapporte une observation de M. CHABRUT. Il s'agit d'une luxation du scaphoïde en dehors, compliquée de diastase entre le grand os et l'os crochu.

M. MOUCHET insiste sur la rareté de cette lésion.

Cancer du vagin. — M. LEVEUF en rapporte une observation de M. LECLERC (de Dijon). L'auteur opéra sa malade par une colpo-hystérectomie abdomino-périnéale.

Syncope au cours des rachianesthésies. — M. DESPLAS analyse un travail de M. DUNCOURBE (de Nevers) sur un cas personnel. L'auteur, en présence d'une syncope, pratiqua une injection intracardiaque d'adrénaline-éphédrine : la mort survint dans le tableau de l'œdème pulmonaire aigu. M. DESPLAS insiste sur le danger de l'éphédrine chez les hypertendus.

M. PICOT souligne l'intérêt de l'inhalation d'acide carbonique.

M. ROBERT MONOD l'estime tout particulièrement utile chez les hypertendus.

M. GOSSET insiste asssi sur les avantages du gaz carbonique.

M. L. BAZY demande l'action du gaz carbonique sur la pression artérielle.

M. BASSET prend la défense de l'éphédrine si les indications sont correctes.

Pour M. ROBERT MONOD, le gaz carbonique agit doublement et sur le centre respiratoire et sur la tension artérielle (par hypertension).

Perforation tuberculeuse de l'intestin grêle. — M. PROUST rapporte une observation de M. ROUSSEAUX (de Nancy). L'auteur posa le diagnostic préopératoire grâce aux antécédents du malade. Il trouva une double perforation sur un double rétrécissement tuberculeux. La suture n'empêcha pas la mort de survenir le lendemain.

Traitement des fractures du rachis par la méthode de Bœhler. — M. MATHIEU analyse un travail de M. JIMENO VIDAL (de Barcelone) et précise les détails du traitement.

M. LENORMAND a utilisé une fois cette méthode qu'il estime être très intéressante.

Traitement du cancer de la langue. — M. MOURE résume la discussion en cours et montre que les résultats du traitement chirurgical sont au moins égaux à ceux de la curiethérapie. Il reproche à cette dernière la nécessité d'une biopsie et surtout l'action excitatrice du radium sur les ganglions.

Biloculation gastrique. — MM. BROCQ et ORTEGA ont opéré 17 malades par diverses techniques avec deux morts post-opératoires et deux morts tardives. Les autres malades ont obtenu de bons résultats, quelle qu'ait été la technique utilisée. La gastro-gastrostomie, opération de nécessité, est aussi une bonne opération, bien que la thérapeutique idéale soit la gastro-pylorectomie large.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 décembre.

Action de doses connues d'hormone pré-hypophysaire chez la lapine jeune. — MM. A. BRINDEAU, H. HINGLAIS et M. HINGLAIS précisent sur des bases quantitatives l'impossibilité de déclencher l'activité ovarienne par les extraits de pré-hypophyse, même à très fortes doses, chez la lapine complètement impubère.

Ils font ressortir, entre autres considérations, l'intérêt de ce fait, pour l'interprétation et la généralisation des théories où le lobe antérieur de l'hypophyse est envisagé comme le « moteur de la fonction ovarienne » et comme élément essentiel dans le déclenchement de la puberté

Contribution à l'étude quantitative de l'hormone pré-hypophysaire chez la femme enceinte. Diagnostic rapide de la môle hydatiforme. Diagnostic biologique de l'œuf mort. — MM. A. BRINDEAU, H. HINGLAIS et M. HINGLAIS poursuivant l'application systématique de leur nouvelle méthode de titrage de l'hormone pré-hypophysaire, donnent les chiffres qu'ils ont obtenus : dans le sérum des femmes enceintes normales étudiées à divers moments de la grossesse ; dans les cas de môle hydatiforme en évolution ; dans un certain nombre de cas d'œuf mort avant expulsion des éléments placentaires. Cette méthode quantative comporte d'intéressantes applications. Elle permet en particulier de poser en quarante-huit heures e diagnostic biologique de la môle hydatiforme, et de préciser biologiquement, dans un bon nombre de cas, le diagnostic de la mort de l'œuf.

Atténuation graduée, permanente et héréditaire de la bactéridie charbonneuse, par la lymphe péritonéale. — MM. G. SANARELLI et A. ALESSANDRINI ont pu constater, par l'emploi des sacs de collodion, que les bactéridies charbonneuses ne sont capables, ni *in vitro*, ni *in vivo*, de donner origine à des éléments filtrables.

En introduisant dans le péritoine des lapins des sacs de collodion contenant des cultures charbonneuses sporulées, extraits au bout de laps de temps différents, ils ont constaté que la vitalité du virus charbonneux se conserve longtemps, mais que sa virulence va en s'atténuant progressivement, par l'action du séjour prolongé et du développement de la bactéridie dans le milieu péritonéal.

Cette atténuation graduelle, qui reste fixe, permanente et héréditaire, serait due à l'action prolongée de la lymphe péritonéale des lapins, qui est douée de propriétés fortement microbicides, vis-à-vis de la bactéridie charbonneuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Infections expérimentales du rat par le trypanosome du hamster. — MM. NATTAN-LARRIER et B. NOYER donnent un nouvel exemple de la valeur infectante des formes métacycliques : un trypanosome, qui n'était pas inoculable directement aux animaux de laboratoire, l'est en effet devenu lorsque les cultures ont fait apparaître certaines formes de son cycle évolutif.

Nouvelle contribution à l'étude de la stabilité des caractères biologiques du BCG. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL ont vu que le B C G cultivé sans interruption pendant quatre à sept passages sur le milieu de Petragnani à la cire, qui lui fait récupérer ses caractères culturaux de bacille bovin, réinoculé ensuite soit directement, soit après réeusemencement sur pomme de terre-bouillon glycériné, a conservé la même atténuation de virulence que la souche classique, conservée sur milieu à la bile, depuis les expériences de Calmette et Guérin.

L'hypothèse émise par quelques rares auteurs, d'après laquelle le BCG, en reprenant ses caractères culturaux primitifs, serait capable de récupérer sa virulence, ne se trouve donc pas expérimentalement vérifiée.

Présentation d'ouvrage. — M. H. SIMONNET offre à la Société le petit volume qu'il a consacré récemment, en collaboration avec Mme RANDOIN, aux vitamines.

Présentation d'un film. — MM. J. COMANDON et P. DE FONBRUNE projettent un film cinématographique qui montre la sortie provoquée d'un parasite endoglobulaire du sang (*Lankesterella*) par la microdissection et l'emploi de l'étincelle de haute fréquence.

Elections. — MM. RATHERY et WEINBERG sont élus vice-présidents de la Société de biologie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 *décembre* 1932.

Les lésions sus-médullaires dans la maladie de Friedreich. — MM. GEORGES GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET montrent que, si l'on considère généralement la maladie de Friedreich comme une affection strictement médullaire, en réalité les lésions sont beaucoup plus étendues dans le névraxe et frappent constamment le tronc cérébral et le cervelet.

Dans le bulbe se poursuit la dégénérescence des voies spino-cérébelleuses directes et croisées. La substance réticulée, les fibres arciformes internes sont nettement démyélinisées, ainsi que la racine descendante du trijumeau et le faisceau solitaire.

Dans la protubérance, l'étage antérieur sensiblement indemne contraste avec l'atrophie des formations de la calotte (faisceau central, faisceau longitudinal postérieur, lemniscus, pédoncule cérébelleux supérieur).

Dans le pédoncule cérébral, l'atrophie de la calotte s'accentue. Le lemniscus médian et le lemniscus latéral sont à peine identifiables. Le noyau rouge est atrophié, sa capsule et ses irradiations dégénérées.

Les lésions cérébelleuses sont beaucoup plus irrégulières et frappent surtout les cellules de Purkinje et le noyau dentelé.

Il convient donc d'ajouter à la description des lésions médullaires de la maladie de Friedreich celle des lésions cérébelleuses et bulbo-ponto-pédonculaires, dont la fréquence présente un intérêt évident pour expliquer la physiologie pathologique de certains signes cliniques observés dans cette maladie familiale du névraxe.

Hémocultures sur milieu de Lœwenstein. — MM. SERGENT, DURAND, GASPAR et MARCOU rapportent les résultats de 31 cas d'hémoculture sur Löwenstein, faites au cours d'affections tuberculeuses et non tuberculeuses. Ils ont obtenu 5 cas positifs dans les uns et dans les autres. Ils concluent à la nécessité de la prudence dans l'interprétation et la nécessité d'assurer à cette méthode l'inoculation à l'animal pour s'assurer du pouvoir pathogène du germe obtenu.

Sur l'extrême lenteur de l'évolution de la tuberculose, chez les cobayes inoculés avec du sang ne contenant que quelques bacilles. — MM. A. SAENYZ, F. COSTE et L. COSTIL montrent que l'inoculation au cobaye de sang humain ne contenant qu'un très petit nombre de bacilles, détermine une infection tuberculeuse dont les premiers signes ne se manifestent qu'après de longs mois. On ne parvient à les déceler qu'en éprouvant les animaux par intradermoréaction tuberculinique à des intervalles réguliers.

L'inoculation aux cobayes, dans ces conditions, se montre plus sensible que l'ensemencement du sang sur les milieux de culture pour déceler de rares éléments bacillaires. Mais il est nécessaire de prolonger l'observation pendant au moins huit mois, peut-être même beaucoup plus, et de ne considérer les résultats négatifs que si les animaux ne réagissent pas à la tuberculine après un long délai.

L'importance de ces faits paraît grande : ils permettent de comprendre pourquoi il arrive si souvent, chez les enfants par exemple, que l'allergie ne se manifeste que fort longtemps après qu'une infection paucibacillaire s'est réalisée.

Résultats éloignés de l'immunité croisée des cobayes aux diverses souches des typhus exanthématiques humain et murin. — M. P. LÉPINE, poursuivant l'étude des souches méditerranéennes du typhus murin, classe celles-ci en deux groupes selon leur pouvoir antigène, les unes laissant à leur suite une immunité forte et durable, les autres n'entrainent qu'un état réfractaire passager. D'autre part, l'étude des réactions d'immunité croisée, pratiquée entre le deux-centième et le deux cent-cinquantième jour montre la même proportion d'animaux réfractaires aux différentes variétés du typhus quelle que soit celle qui a servi à infecter l'animal et à l'éprouver. On n'observe, notamment, du point de vue de l'immunité chez le cobaye, pas de différence saillante entre le virus épidémique à poux et le virus murin. Enfin, l'observation des animaux ayant subi plusieurs épreuves d'immunité montre que l'inoculation d'épreuve d'une souche quelconque, même non suivie de réaction, chez un cobaye en état réfractaire, confère à celui-ci une immunité absolue et de très longue durée, vis-à-vis de toutes les formes du typhus.

Le sang des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente contient-il le virus syphilitique ? — MM C. LEVADITI et N. CONSTANTINESCO ont recherché si le virus syphilitique circule dans le sang des souris inoculées par voie sous cutanée avec du virus syphilitique de passage et atteintes de tréponémose cliniquement inapparente mais dont les ganglions lymphatiques et le névraxe sont virulents et renferment des trépo-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

nèmes. Quel que soit le moment, entre le septième jour et le cent trente-neuvième jour, où l'on pratique l'examen, le sang des souris inoculées de syphilis par voie sous-cutanée ne paraît pas contenir le virus syphilitique. Il ne confère au lapin ni syphilome scrotal, ni infection spécifique inapparente. Ces données prouvent que l'infectiosité du système lymphatique périphérique et du névraxe des muridés syphilisés ne dépend pas de la virulence du sang circulant, mais appartient en propre au tissu lymphogène et au système nerveux central.

Greffe du lyphodénome massif du poumon (lymphosarcome) dans la queue de la souris. Métastases. — MM. MERCIER et L. GOSSELIN.

Élection. — M. ACHARD est élu président de la Société de biologie.

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 novembre 1932.

Le borate de soude dans la maladie de Basedow. — M. LŒPER, après avoir rappelé les rares utilisations du bore en thérapeutique interne, montre que ce médicament améliore la plupart des signes de la maladie de Basedow : il calme la nervosité, le tremblement et la sudation. atténue la tachycardie, abaisse le métabolisme basal, L'étude des réactions biologiques et anatomiques que provoque le bore chez l'animal, permet à l'auteur de croire à l'action spécifique de ce médicament sur la glande thyroïdienne, action qu'il partage avec l'iode et le fluor.

Recherches pharmacodynamiques sur l'action de l'insuline associée à divers médicaments cardiotoniques (digitaliques, caféine). — MM. BROUN, A. BEAUNE et V. BALACEANU signalent que l'association de l'insuline à la digitaline et à l'ouabaïne renforce les actions chronotrope négative, inotrope et tonotrope positives de ces glucosides en diminuant leur toxicité.

L'action accélératrice de la caféine est transformée par l'insuline en une action ralentissante, son action inotrope positive est accrue et sa toxicité diminuée.

Les expériences ont été effectuées sur le cœur isolé de grenouille et le cœur du chien *in situ*.

Action des pyréthrines sur l'intestin isolé du lapin. — M. le professeur EM. PERROT présente une note de son collaborateur, M. O. Gaudin concernant l'action des pyréthrines sur l'intestin isolé de lapin. Ce travail fait suite aux recherches entreprises par les auteurs sur l'évaluation des pyréthrines, et la nouvelle méthode graphique proposée fournit des indications utiles et d'une précision intéressante ; elle constitue un moyen de dosage physiologique des extraits de pyrèthre auquel il serait bon de recourir, car le dosage chimique en est actuellement très incertain.

MARCEL LAEMMER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1932.

Fréquence actuelle de la maladie de Nicolas-Favre. — M. SCHULMANN a observé en quelques mois 26 cas de cette affection, quatrième maladie vénérienne, qui semble prendre actuellement une certaine extension. La fidélité de la réaction de Frei a permis de déceler les formes frustes utiles à connaître au point de vue prophylactique. Le traitement stibié semble être le meilleur.

A propos d'un sarcome ostéogénique traité par la radiothérapie. — MM. CH. GUILBERT et ANDRÉ TARDIEU rapportent une observation de sarcome ostéogénique de l'humérus gauche, survenu chez un garçon de quinze ans, sans autre signe précurseur que des douleurs rhumatoïdes sans caractères précis, suffisantes toutefois pour égarer le diagnostic précoce et la thérapeutique initiale. Des clichés successifs pris au cours du traitement radiothérapique montrent la disparition progressive de la lésion osseuse, véritable guérison locale. Mais le traitement fut impuissant à enrayer l'évolution fatale, survenue à la suite de nombreuses métastases, dont les plus évidentes étaient crâniennes et pulmonaires. L'efficacité de la radiothérapie des ostéosarcomes dépend du type anatomique en cause que la radiographie permet de reconnaître lorsqu'il s'agit d'une forme pure. A noter enfin, certaines similitudes cliniques et hématologiques entre le sarcome ostéogénique et certains états septicémiques.

Hypotrophie des mâchoires et son retentissement sur la santé organo-psychique. — M. PIERRE ROBIN insiste sur la gravité de l'atrésie mandibulaire et la glossoptose congénitale. Il présente un mécanisme pathogénique des crises d'étouffement chez le nourrisson qui, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie, expliquerait la mort thymique dont on ne connaît pas la vraie cause. Il expose les moyens de traiter cette atrésie congénitale et ceux de lutter contre les crises d'étouffement.

De la valeur de la glycérine en tant qu'agent sclérosant des varices. — M. RAYMOND TOURNAY étudie la glycérine préconisée récemment, surtout pas Jausion, comme sclérosant des varices, présentant sur les autres produits « d'indéniables avantages », elle ne semble pas avoir tenu toutes les promesses de ses débuts. En réalité, elle est un sclérosant doux, peu douloureux, peu caustique, mais d'action parfois faible, lente et incomplète. Relativement difficile à manier du fait de sa viscosité exigeant l'empoi d'aiguilles de calibre suffisant, du fait également des quantités importante (10 à 20 centimètres cubes) dés solution qu'il faut injecter. Non dépourvue de toute toxicité, puisque provoquant fréquemment, même additionnée d'alun, de chrome, des hématuries. Sans supériorité nette, en définitive, sur les autres produits sclérosants, la glycérine est à employer dans les cas où ces derniers sont contre-indiqués, ainsi qu'à titre d'adjuvant.

Cholécystostomie ou cholécystectomie. — MM. VICTOR PAUCHET et A. HIRSCHBERG sont partisans de la cholécystostomie, opération bénigne désintoxiquant rapidement le malade et mettant les voies biliaires au repos. Elle doit être pratiquée suivant une indication précise. Faite en effet sur une vésicule peu touchée ou au cours d'un état biliaire vague, la stomie risque de créer des complications d'ordre inflammatoire soit du côté de la vésicule, soit du côté de la voie principale. Elle doit être réservée aux états bilieux évolutifs nettement caractérisés où la résection est contre-indiquée, soit en raison du risque immédiat, soit du fait de ses séquelles à distance graves et toujours possibles.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Nouvelle observation à propos de l'opération de Steinach n° 2. — M. GEORGES LUYS rapporte une nouvelle observation d'un malade opéré de la ligature épididymo-testiculaire pratiquée comme premier temps du forage de la prostate et après laquelle il a pu constater que les testicules avaient au moins doublé de volume. Il préconise cette opération comme premier temps du forage de la prostate qui, dans ces conditions, donne des résultats constants et durables.

A propos de la prostatectomie. — M. PASCALIS montre que les perfectionnements apportés à la prostatectomie par la méthode de Freyer sont responsables de la plupart des complications. P. PROST.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1932.

A propos de la prostatectomie. — M. SEJOURNET apporte une statistique de 40 adénomes prostatiques traités par l'opération de Freyer. Dans tous ces cas, la mortalité opératoire et post-opératoire a été nulle : 37 opérés sont restés définitivement guéris et 3 autres sont morts d'affections intercurrentes.

Maladie de Buerger et eczéma. — M. J. SEDILLOT présente un malade de trente-cinq ans atteint depuis deux ans, au niveau du mollet de la jambe gauche, de poussées alternantes d'eczéma ferox et de maladie de Buerger. Ces accidents ont été précédés d'une pneumonie épithéliale, desquamative, entrecoupée de trois crises d'asthme et d'une première poussée de la maladie de Buerger. Pour M. Sédillot, ces affections diverses sont des manifestations au niveau de divers tissus du processus général de défense leucocytaire de l'arthritique qu'il a décrit antérieurement.

Association médicamenteuse acétylcholine-yohimbine. — M. BARRIEU confirme les conclusions de MM. Lœper et Lemaire sur l'action renforçatrice du chlorhydrate de yohimbine sur l'acétylcholine. Il cite quatre observations de malades hypertendus en imminence d'hémorragie cérébrale ou d'hémorragie oculaire qui, soumis immédiatement au traitement par injections de cette association médicamenteuse, ont vu leurs troubles disparaître rapidement et sans séquelle.

Streptococcémie chez une fillette de huit ans guérie par l'immuno-transfusion. — MM. ANDRÉ TARDIEU et AUG. BECART rapportent l'observation d'un cas schématique de streptococcémie d'origine dentaire probable chez une enfant de huit ans et dont l'évolution se fit progressivement en l'espace de quinze jours vers la guérison, sans suppuration, sous la seule influence d'une unique immuno-transfusion de 200 centimètres cubes.

Abcès aigu du poumon. — M. GEORGES ROSENTHAL décrit et classe les diverses techniques modernes de traitement des abcès du poumon et discute les indications propres de la bronchoscopie, de la trachéo-fistulisation et des pneumectomies.

Angiophtalmologie : hypertension céphalo-rachidienne et mesure de la tension artérielle rétinienne. — M. JEAN GALLOIS précise que la tension artérielle rétinienne suit les variations de la tension intrarachidienne. C'est donc un excellent signe de présomption d'hypertension cérébrale dont il ne faudra jamais négliger de rechercher la valeur en cas d'hypertension cérébrale présumée. Mais l'hypertension rétinienne ne doit être considérée que comme un élément de présomption d'hypertension cérébrale et ne peut suffire, à elle seule, ni à diagnostiquer une tumeur, ni à poser une indication opératoire, dans l'état actuel de sa technique. P. PROST.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DHYGIÈNE TROPICALES

Séance du 24 novembre 1932.

En Corse, l'enfant paludéen est un réservoir de virus particulièrement important et un danger pour l'avenir de la race. — M. J. SAUTET. — Depuis les observations de Koch en 1899, de nombreux auteurs ont remarqué que l'enfant constitue un réservoir de virus pour le paludisme. Ce fait est particulièrement à remarquer en Corse. L'auteur, grâce à ses propres statistiques, a constaté que l'enfant est très fréquemment infecté, même au-dessous de quatorze ans, et constitue donc un important réservoir de virus. Il a trouvé 16,98 p. 100 de porteurs de gamètes chez les enfants, tandis que la proportion n'est que 9,67 p. 100 chez les adultes. Ces faits seraient dus à ce que, chez l'adulte, le paludisme ne passe jamais inaperçu, et qu'en conséquence, le traitement par la quinine est appliqué. En outre, l'adulte est plus résistant, et le parasite n'a pas le temps, ou ne peut, produire de gamètes. Au contraire, chez l'enfant, les gamètes peuvent persister très longtemps. Le traitement intensif des enfants, après dépistage serré, est un des moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Le professeur L. TANON demande s'il s'agit de paludisme importé.

J. SAUTET. — La population corse est errante et, suivant les saisons, se porte de la plaine à la montagne. La lutte antilarvaire, les fiches sanitaires, les organisations sanitaires mobiles pourvues d'automobiles, constituent une formule recommandable pour la Corse.

Notes thérapeutiques sur le paludisme au Congo. — MM. J. SCHWETZ, H. BAUMANN, Mlles PEEL et DROESHAUT. — Les jeunes noirs, âgés de dix à quinze ans, de Stanleyville (Afrique équatoriale) présentent 90 p. 100, et pratiquement 100 p. 100 de porteurs bien portants de parasites paludéens. C'est *Pl. falciparum* qui est le plus fréquent ; toutefois, *Pl. malariæ* n'est pas très rare. *P. vivax* est exceptionnel.

Chez les adultes, d'une part, et chez les très petits enfants, d'autre part, la proportion des diverses espèces malariennes est différente ; on trouve presque exclusivement *Pl. falciparum* chez les adultes ; et, par contre, une très forte proportion de *Pl. malariæ*, avec un très petit pourcentage de *Pl. vivax* chez les tout petits enfants.

Un traitement quinique prophylactique fait baisser l'infection de moitié, même au bout d'un seul mois. L'infection diminue encore si l'on continue cette prophylaxie médicamenteuse, pour remonter si l'on cesse la quininisation. Le cinchona est presque aussi efficace que la quinine.

M. MARCEL LEGER estime qu'il faudrait faire la répartition des divers plasmodiums dans les différentes régions de l'Afrique.

M. BROUET lit une notice sur Ronald Ross. Il rappelle ses remarquables travaux sur le paludisme.

PIERRE SÉE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOS RESPONSABILITÉS

Depuis quelque temps, on entend beaucoup parler de responsabilité médicale.

Comme le disait naguère le *Journal des praticiens*, la tendance s'exagère, de jour en jour, de rendre le praticien responsable des accidents qui surviennent à ses malades.

La loi est rigoureuse ; même interprétée dans le sens le plus étroit de son texte, elle reconnaît au tiers lésé un droit incontestable à des réparations.

En l'appliquant, les tribunaux montrent une tendance de plus en plus marquée à élargir la portée du texte et à surestimer la valeur du dommage causé. Sous l'influence d'idées nouvelles, ils laissent déplacer le fardeau de la preuve qui, en principe, incombe au demandeur lésé et abandonnent le défendeur sous le poids d'une injuste présomption de faute. Ils jugent selon l'équité plutôt que selon le droit et, dans un esprit de charité, envisagent l'infortune à soulager bien plus que le dommage à réparer.

Il n'est guère possible isolément de lutter contre de pareilles tendances ; aussi l'assurance de la responsabilité civile, qui serait utile et opportune en présence du seul texte de la loi, devient indispensable et urgente si l'on considère la façon dont la loi est actuellement appliquée.

Depuis trente-deux ans *La Médicale*, créée par le corps médical belge, a spécialisé cette assurance. Dès le jour où une malencontreuse assignation est signifiée au praticien ou dès le moment où il est l'objet d'une réclamation de la part d'un client qui se croit lésé, elle prend en main la défense de ses intérêts et le délivre des soucis, frais et perte de temps.

Plus de 25 000 praticiens y sont assurés (médecins, dentistes, pharmaciens, etc.) lesquels y furent attirés par sa réputation de compétence, ses références de premier ordre et ses garanties dépassant huit millions, non compris ses fortes réassurances.

Aux praticiens déjà titulaires d'une assurance de l'espèce à une autre compagnie, *La Médicale* consent des suppléments de garantie à des conditions très avantageuses.

En même temps que cette assurance qui confirme à *La Médicale* son caractère propre d'œuvre professionnelle, elle traite aussi les assurances individuelles devenues également indispensables.

En effet, quand on songe un instant à la variété et au nombre croissant des accidents auxquels le corps humain est exposé, qu'on se rend un compte exact de leurs conséquences, parfois désastreuses pour les familles des victimes, on est amené à comprendre la nécessité de l'assurance individuelle contre les accidents, et pour peu qu'on ait le respect du devoir, le souci du lendemain, on doit se hâter de souscrire une police ou de compléter celle qui serait actuellement en cours, en prenant un supplément à *La Médicale*.

D'ailleurs, en écrivant à M. Gillard, son inspecteur pour la France, au siège de son agence générale, 1, place des Deux-Écus, à Paris (Ier), vous recevrez tous renseignements utiles. Tél. Gut. 38-78.

NOUVELLES

Réunions latines d'interéchange scientifique à l'Umfia. — Sous les auspices de l'Union médicale latine viennent de se créer des réunions scientifiques mensuelles où sont invités tous les médecins de la latinité, de passage à Paris.

Chaque mois, un sujet médical sera annoncé à l'avance par le Dr Guillaume qui organisera ces réunions. Le sujet sera suivi d'une discussion. Nous faisons appel à tous nos collègues, à tous nos confrères, à tous nos amis pour venir nombreux à ces réunions d'interéchange scientifique. Le résumé des questions traitées paraîtra au fur et à mesure dans la *Revue de l'Umfia*.

Les jours, le lieu de ces réunions ainsi que les dates et les heures seront indiqués ultérieurement. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Guillaume, inspirateur et président organisateur de ces réunions d'interéchange, ou au siège de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

Union médicale latine. Conférences des Voix latines. — La prochaine conférence des Voix latines sera faite le 16 février 1933, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, par le professeur Legueu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, sur le sujet suivant : *Souvenirs et visions d'Argentine*, où ce grand maître a été en mission l'an dernier, et où il a été reçu comme un des éminents représentants de la science française.

Cours de pharmacologie. — M. René Hazard, agrégé, commencera ses leçons le jeudi 5 janvier 1933, à 16 heures amphithéâtre Vulpian), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à a même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1933.

Objet du cours. — Médicaments cardio-vasculaires (tonicardiaques, vasoconstricteurs, vasodilatateurs). Diurétiques, médicaments aliments, médicaments opothérapiques, anthelminthiques, antiseptiques, antisyphilitiques.

Cours de médecine légale. — M. Piédelièvre, agrégé commencera son cours le mercredi 4 janvier 1933, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, de janvier et février.

Sujet du cours. — Morts suspectes, phénomènes cadavériques, asphyxies mécaniques, asphyxies par les gaz et vapeurs, empoisonnements.

Hôpitaux de Paris (arrêté du 6 décembre 1932). — Article premier. — Les articles 46 et 46 *bis* du Règlement général sur le Service de santé sont modifiés ainsi qu'il suit :

Texte ancien. — Art. 46. — Tout chirurgien chef de service peut demander l'adjonction d'un assistant au cadre du personnel médical de son service ; cet assistant doit être choisi parmi les chirurgiens des hôpitaux ou, à défaut, parmi les candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux.

L'assistant est nommé pour un an à compter du 1er janvier par le directeur général de l'Administration sur la proposition du chef de service et peut être réinvesti dans les mêmes formes pour des périodes successives de même durée.

NOUVELLES *(Suite)*

Dans le cas où les chefs de service qui désireront s'adjoindre un assistant ne formuleraient aucune proposition, les places ainsi vacantes seront mises au choix des chirurgiens des hôpitaux et des candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux.

TEXTE NOUVEAU. — ART. 46. — Tout chirurgien ou accoucheur chef de service, à l'exclusion des chefs des services de clinique obstétricale de la clinique Tarnier et de l'hôpital de la Pitié, peut demander l'adjonction d'un assistant au cadre du personnel médical de son service ; cet assistant doit être choisi parmi les chirurgiens ou les accoucheurs des hôpitaux ou, à défaut, parmi les candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux ou, en ce qui concerne les services de maternité, parmi les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, justifiant d'une admissibilité au concours d'accoucheur des hôpitaux.

L'assistant est nommé pour un an à compter du 1er janvier par le directeur général de l'Administration sur la proposition du chef de service et peut être réinvesti dans les mêmes formes pour des périodes successives de même durée.

TEXTE ANCIEN. — Le chirurgien assistant supplée le chef de service dans ses fonctions ; il assure son remplacement pendant ses absences et notamment pendant la période des congés annuels.

En cas de maladie de longue durée ou de décès survenant après le 1er janvier, l'assistant assurera la direction du service jusqu'à la date des prochaines mutations annuelles, sans que ce service soit mis au choix des chirurgiens des hôpitaux ou des candidats admissibles affectés au service des remplacements.

Les fonctions de chirurgien assistant de service sont inompatibles avec celles de chirurgien de la consultation.

Les assistants de chirurgie maintenus en fonctions exceptionnellement et sur leur demande au delà de la date à laquelle ils auraient pu normalement être titularisés comme chefs de service, sont dispensés des obligations particulières imposées aux chirurgiens des hôpitaux par les articles 43 à 45 du Règlement sur le Service de santé. Ils peuvent être désignés comme membres des jurys des concours dans les mêmes conditions que les chirurgiens chefs de service. S'ils renoncent à leurs fonctions, ils prendront rang sur la liste d'ancienneté en vue des mutations annuelles des chefs de service immédiatement après le dernier chirurgien des hôpitaux titularisé comme chef de service.

Les assistants de chirurgie reçoivent une indemnité annuelle.

TEXTE NOUVEAU. — Dans le cas où les chefs de service de chirurgie qui désireront s'adjoindre un assistant, ne formuleraient aucune proposition, les places ainsi vacantes seront mises au choix des chirurgiens des hôpitaux et des candidats admissibles définitifs au concours de chirurgien des hôpitaux.

L'assistant supplée le chef de service dans ses fonctions ; il assure son remplacement pendant ses absences et notamment pendant la période des congés annuels.

En cas de maladie de longue durée ou de décès survenant après le 1er janvier, l'assistant assurera la direction du service jusqu'à la date des prochaines mutations annuelles, sans que ce service soit mis au choix des chirurgiens ou des accoucheurs affectés au service des remplacements.

Les fonctions de chirurgien assistant de service sont incompatibles avec celles de chirurgien de la consultation.

Les assistants de chirurgie maintenus en fonctions exceptionnellement et sur leur demande au delà de la date à laquelle ils auraient pu normalement être titularisés comme chefs de service sont dispensés des obligations particulières imposées aux chirurgiens des hôpitaux par les articles 43 à 45 et 82 à 83 du Règlement sur le Service de santé. Ils peuvent être désignés comme membres des jurys des concours dans les mêmes conditions que les chefs de service. S'ils renoncent à leurs fonctions, ils prendront rang sur la liste d'ancienneté en vue des mutations annuelles des chefs de service immédiatement après le dernier chirurgien ou accoucheur des hôpitaux titularisé comme chef de service.

Les assistants reçoivent une indemnité annuelle.

TEXTE ANCIEN. — ART. 46 *bis*. — Les deux tiers des accoucheurs des hôpitaux peuvent être attachés, en qualité d'assistant, à des services d'accouchement.

Il peut être également adjoint un assistant, dans les mêmes conditions et en sus de la proportion ci-dessus déterminée, au cadre du personnel médical de la clinique obstétricale de la clinique Baudelocque.

Les accoucheurs chefs de service auxquels des assistants peuvent être adjoints, sont désignés par le directeur général de l'Administration après avis du Conseil de surveillance et choisis parmi les accoucheurs ayant au moins dix ans de services comme chefs de service ou cinquante-deux ans d'âge.

Ces assistants sont nommés par le directeur général de l'Administration sur la proposition du chef de service.

Pendant la durée de leurs fonctions les assistants ne peuvent pas prendre part à la direction des services temporaires ni au service des suppléances, sauf dans le cas prévu aux articles 82 et 83. Ils assurent la suppléance des accoucheurs chefs de service auxquels ils sont attachés pendant les congés de ces derniers ; mais cette suppléance ne peut se prolonger au delà de trois mois.

Les assistants d'accouchement reçoivent une indemnité annuelle.

La cessation des fonctions du chef de service entraîne la cessation des fonctions de l'assistant.

TEXTE NOUVEAU. — ART. 46 *bis*. — Supprimé.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales. — Cet enseignement est organisé sous la direction de M. ANDRÉ STROHL, professeur de physique médicale, et Mme P. CURIE et M. le Dr Claude REGAUD, directeurs de l'Institut du Radium, avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux.

DEUXIÈME PARTIE. — Radiophysiologie, rœntgenthérapie, curiethérapie.

I. COURS. 1° ACTIONS BIOLOGIQUES EXERCÉES PAR LES RAYONS X ET PAR LES RAYONS DES CORPS RADIO-ACTIFS. — *Vendredi 6 janvier*. M. Lacassagne : Actions des rayons sur la peau.

Samedi 7 janvier. M. Lavedan : Action des rayons sur le sang et sur les organes hémopoiétiques.

Lundi 9 janvier. M. Lacassagne : Action des rayons sur les glandes génitales.

NOUVELLES *(Suite)*

Mardi 10 *janvier.* M. Lacassagne : Action des rayons sur les divers autres tissus et organes.

Mercredi 11 *janvier.* M. Lacassagne : Vue d'ensemble sur les effets radiophysiologiques des rayons X et des rayons γ du radium.

Jeudi 12 *janvier.* M. Lacassagne : Effets généraux des rayons sur les tissus néoplasiques.

Vendredi 13 *janvier.* M. Lacassagne : Notions sur les effets des corps radio-actifs introduits dans le milieu intérieur de l'organisme.

2° Technologie des radiations appliquées a la thérapeutique. — *Lundi* 16 *janvier.* M. Belot : Rayons X.

Mardi 17 *janvier.* M. Belot : Rayons X.

Mercredi 18 *janvier.* M. Ferroux : Fondements physiques de la curiethérapie focale.

Jeudi 19 *janvier.* M. Ferroux : Les divers radioéléments utilisés. Dosage et notation.

Vendredi 20 *janvier.* M. Ferroux : Les principales techniques de curiethérapie focale.

3° Radiothérapie des maladies cancéreuses. — *Samedi* 21 *janvier.* M. Lacassagne : Curiethérapie des cancers de la peau et des orifices cutanéo-muqueux.

Lundi 23 *janvier.* M. Belot : Rœntgenthérapie des cancers de la peau.

Mardi 24 *janvier.* M. Lacassagne : Radiothérapie des cancers de la cavité buccale.

Mercredi 25 *janvier.* M. Hautant : Cancer des maxillaires et du massif facial.

Jeudi 26 *janvier.* M. Hautant : Cancers du pharynx, du larynx et de l'œsophage.

Vendredi 27 *janvier* : M. Wolfromm : Cancers du rectum, de la prostate et de la vessie.

Samedi 28 *janvier.* M. Ledoux-Lebard : La rœntgenthérapie appliquée au traitement des cancers viscéraux.

Lundi 30 *janvier.* M. Ledoux-Lebard : La rœntgenthérapie des tumeurs du système nerveux.

Mardi 31 *janvier.* M. Roux-Berger : Cancers du sein.

Mercredi 1er *février.* M. Richard : Radiothérapie des cancers du sein.

Jeudi 2 *février.* M. Regaud : Traitement des cancers de l'utérus, du vagin et des ovaires par les radiations.

Vendredi 3 *février.* M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des sarcomes.

Lundi 6 *février.* M. Regaud : Traitement des cancers de l'utérus, du vagin et des ovaires par les radiations.

Mardi 7 *février.* M. Regaud : Considérations générales sur la radiothérapie des maladies cancéreuses.

4° Radiothérapie des affections non cancéreuses. — *Mercredi* 8 *février.* M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau.

Jeudi 9 *février.* M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau.

Vendredi 10 *février.* M. Belot : Radiothérapie des dermatoses et des tumeurs bénignes de la peau.

Lundi 13 *février.* Mme S. Laborde : Radiothérapie de certaines néoformations (angiomes, verrues, kéloïdes, etc.).

Mardi 14 *février.* M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des affections des systèmes lymphatique et ganglionnaire.

Mercredi 15 *février.* — M. Ledoux-Lebard : Radiothérapie des affections tuberculeuses.

Jeudi 16 *février.* M. Beaujard : Traitement des affections du sang et des organes hématopoiétiques par les radiations.

Vendredi 17 *février.* M. Belot : Radiothérapie des fibromes utérins.

Samedi 18 *février.* M. Zimmern : Radiothérapie des affections de la prostate, du corps thyroïde et des glandes endocrines.

Lundi 20 *février.* M. Belot : Radiothérapie des affections gastro-intestinales et des états inflammatoires.

Mardi 21 *février.* M. Zimmern : Radiothérapie des affections du système nerveux.

5° Accidents imputables aux rayons X et aux rayons des corps radio-actifs. — *Mercredi* 22 *février.* Mme S. Laborde : Accidents.

Jeudi 23 *février.* M. Belot : Moyens de protection.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. Démonstrations. — 1° Technique de la biopsie en vue du diagnostic histologique du cancer.

2° Préparation de l'émanation du radium.

3° Mesures de radio-activité.

4° et 5° Matériel et méthodes de curiethérapie ;

6° et 7° Installation de rœntgenthérapie profonde.

Ces démonstrations seront faites par MM. Coutard, Ferroux, Gricouroff, Monod et Régnier. Elles auront lieu à l'Institut du Radium, 26, rue d'Ulm, à 14 heures, les lundis, pour les élèves de la série A ; les samedis, pour les élèves de la série B. Elles commenceront le lundi 9 janvier.

III. Stages. — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage de radiothérapie dans l'un des services suivants :

M. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie. — M. Beajuard, hôpital Bichat, service de radiologie. — M. J. Belot, hôpital Saint-Louis, service central d'électoradiologie. — M. Bourguignon, hôpital de la Salpêtrière, service d'électroradiologie. — M. Darbois, hôpital Tenon, service de radiologie. — M. Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électoradiologie. — M. Gernez, Centre anticancéreux, hôpital Tenon. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du professeur Gosset. — M. Maingot, hôpital Laennec, service d'électroradiologie. — M. Bonneaux, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie. — M. Roussy, professeur à la Faculté de médecine, centre anti-cancéreux de Villejuif. — M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie. — M. Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

NOUVELLES (*Suite*)

MÉMENTO CHRONOLOGIQUE

31 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société des chirurgiens de Paris (Dr CH. BUIZARD, 3, rue de la Trémoille). Dernier délai d'envoi des mémoires destinés aux prix Dartigues, Cathelin, Victor-Pauchet, Paul Delbet). Envoi en cinq exemplaires.

31 DÉCEMBRE. — *Turin.* Académie royale de médecine Clôture du concours pour le prix Riberi. Dernier délai de réception des mémoires.

5 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 14 heures Ouverture du registre d'inscription pour le concours des prix à décerner à MM. les internes en médecine de quatrième année.

5 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. 17 heures, M. le Dr ROBIN : Arriérés.

7 JANVIER. — *Villes d'Académies.* Académies. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du second degré.

8 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte Anne, 9 heures. M. le Dr LEVY-VALENSI : Idées délirantes.

8 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le Dr BLONDEL : Du suicide.

8 JANVIER. — *Paris.* École de stomatologie. Clôture du registre d'inscriptions pour le concours de démonstrateurs de dentisterie opératoire.

9 JANVIER. — *Lyon.* Hôtel-Dieu. Concours de médecin des hôpitaux du Puy.

9 JANVIER. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours pour six places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif.

10 JANVIER. — *Tours.* École de médecine. Concours de clinicat médical.

12 JANVIER. — *Bordeaux.* Concours de professeur suppléant d'anatomie et concours de professeur suppléant de physiologie à l'École de médecine de Limoges.

12 JANVIER. — *Paris.* Mairie du VIe arrondissement. Société végétarienne, 20 h. 30. Mme le Dr SOSNOWSKA : Pathologie infantile.

12 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures. M. le Dr CODET : Émotifs.

13 JANVIER. — *Paris.* Val-de-Grâce. Concours d'infirmières des hôpitaux militaires.

14 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, 17 heures. Clôture du registre d'inscription pour le concours des prix à décerner à MM. les internes en médecine de quatrième année.

14 JANVIER. — *Nîmes.* Dernier délai d'inscription de candidats au concours de médecin neurologiste des hôpitaux de Nîmes.

15 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le Dr LHERMITTE : L'hypocondrie.

15 JANVIER. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 9 heures, M. le Dr LEVY-VALENSI : Syndromes d'excitation.

17 JANVIER. — *Paris.* Banquet du Saint-Hubert Club médical.

19 JANVIER. — *Paris.* Concours pour une place de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Angers.

19 JANVIER. — *Paris.* Concours pour une place de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Caen.

19 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine, 17 heures, M. le Dr CENAC : Hygiène mentale de l'enfance.

19 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai pour la consignation pour les examens de fin d'année.

22 JANVIER. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, 9 heures. M. le Dr LEVY-VALENSI : Syndromes de dépression.

22 JANVIER. — *Paris.* Asile clinique Sainte-Anne, à 10 h. 30, M. le Dr WALLON : Les constitutions psychomotrices.

DIÉTÉTIQUE PRATIQUE

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU LAIT ÉVAPORÉ DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

Le lait maternel constitue incontestablement une nourriture satisfaisante pour le nouveau-né.

Cette affirmation est exacte en théorie ; dans la pratique cependant surgissent de nombreuses restrictions à ce principe général : certaines mères ne peuvent, en effet, donner du lait, d'autres ne peuvent en donner de bonne qualité.

La situation générale qui prévaut actuellement crée à chacun des préoccupations et des dépressions qui exercent sur la santé de la mère une influence inconnue au temps heureux où nous vivions dans les grottes et les forêts.

Une telle situation générale entraîne cette conséquence

DIÉTÉTIQUE PRATIQUE *(Suite)*

que chaque enfant qui naît possède une chance sur deux d'avoir besoin, pour se développer normalement, d'une autre alimentation que celle du lait maternel.

Tout ceci indique clairement que la composition d'un lait de remplacement doit s'approcher autant qu'il est possible de celle du lait humain. C'est d'ailleurs la règle qui a toujours servi de base aux travaux médicaux relatifs à l'alimentation infantile.

Il est, d'autre part, de tout intérêt que le lait de substitution puisse toujours et partout être trouvé prêt à l'emploi.

La vache a été choisie comme nourrice d'adoption du genre humain parce que son lait est aisément obtenable. Il ressemble cependant fort peu au lait humain, car il est approprié à l'estomac d'un veau et non à celui d'un enfant ; la nature l'a fait ce qu'il est en vue d'élever des veaux solides et non de satisfaire aux exigences de nos estomacs plus délicats.

Modification du lait de vache. — En ce qui concerne sa composition chimique, la modification la plus importante à y apporter consiste à accroître sa teneur en hydrates de carbone et à réduire le pourcentage de la plupart de ses autres composants.

Bien que le résultat de cette altération ne donne pas un liquide possédant exactement la même composition chimique que le lait humain, elle tient déjà largement compte des réactions gastriques de la plupart des bébés.

Les propriétés physiques du lait doivent être également prises en considération : la nature de la caésine du lait de vache, particulièrement, est de première importance lorsqu'elle entre en contact avec l'estomac de l'enfant. C'est à ce moment que la pepsine du suc gastrique précipite la caséine, exactement de la même manière que lorsqu'on prépare un fromage.

Dans le cas du lait de vache, une masse solide de caséine caille dans l'estomac de l'enfant, ce qui ne se produit pas avec le lait humain. La caséine de ce dernier se précipite, en effet, en flocons légers et diffluents qui sont beaucoup plus aisément tolérés.

Les travaux médicaux anciens et récents ont continuellement attiré l'attention du pédiatre sur l'importance qu'il y a, en cas d'allaitement artificiel, à ce que la caséine du lait de vache se comporte exactement comme celle du lait humain.

Pour arriver à ce résultat, le lait de vache a fréquemment été décaséiné, par addition d'ammoniaque, d'acides, de dextrine, d'albumine, d'amidon ou de gélatine.

De récentes découvertes ont établi que la caséine contenue dans le lait évaporé non sucré est la forme qui se précipite de la manière la plus voisine de celle du lait humain.

D'autre part, rien n'a été ajouté au lait destiné à la préparation du lait évaporé ; le processus d'évaporation, d'homogénéisation et de stérilisation auquel il a été soumis a modifié le caractère colloïdal de la caésine de telle manière que celle-ci ne se coagule plus en masse lorsqu'elle arrive au contact du suc gastrique.

D'autre part, la graisse du lait de vache se présente sous la forme de globules plus grands que ceux du lait humain. Le procédé d'homogénéisation réduit la taille de ces globules dans le lait évaporé, et en même temps on accroît la surface totale, en sorte que les *lypolytic enzymes* réagissent en sa présence d'une manière plus active.

Ce ne sont là que quelques-unes des raisons pour lesquelles le lait évaporé est maintenant très largement employé par les pédiatres lorsqu'ils ont à préparer une formule d'alimentation infantile.

Les autres considérations qui militent en faveur de son emploi sont : sa stérilité, l'uniformité de sa composition, la possibilité de l'avoir partout prêt à l'emploi, enfin la commodité et l'économie qui résultent de son utilisation.

Il y a longtemps déjà, des études ont été publiées dans la littérature médicale pour mettre en lumière les avantages du lait évaporé dans l'alimentation infantile et spécialement dans celle d'enfants considérés comme difficiles à nourrir.

Entre autres, notons les résultats de certaines expériences particulièrement concluantes : l'augmentation de poids, la croissance, l'état général, l'époque de la première station assise, celle du premier pas, la pousse des dents, avaient été soigneusement notés pour deux groupes de bébés dont l'un était nourri au lait évaporé et l'autre au sein ou au biberon.

Les résultats obtenus avec du lait évaporé égalaient ceux du groupe nourri au sein et au biberon dans les cas des enfants normaux.

En ce qui concerne les enfants débiles ou prématurés, l'alimentation au lait évaporé a donné des résultats sensiblement meilleurs.

Ceci paraît résulter, tout au moins partiellement, du fait qu'il est possible d'employer un lait évaporé d'un degré de concentration supérieur à celui d'un lait normal, en raison de sa meilleure assimilation.

Dans d'autres cas, il a été établi que ce lait est si aisément digéré qu'il devient inutile d'adjoindre au régime l'alimentation complémentaire classique administrée sous forme d'huile de foie de morue en vue de prévenir le rachitisme.

De même dans certains cas de stenosis du pylore, il est essentiel que le régime alimentaire comporte un grand nombre de calories, tout en demeurant aisément assimilable et sans cailler dans l'estomac.

Dans certains cas, le lait évaporé, mélangé à du lait humain ou à de l'eau, représente le régime de choix

Des résultats satisfaisants ont également été enregistrés avec l'emploi du lait évaporé dans certains cas de spasmes du pylore, ceci pour des raisons analogues.

D'autres recherches ont établi que le processus d'homogénéisation du lait de vache en lait évaporé dote sa protéine et sa graisse de qualités physiques identiques à celles que possèdent la protéine et la graisse du lait humain. C'est précisément la tenue de ces produits qui rend le plus souvent l'alimentation infantile artificielle si délicate.

C'est cet ensemble de faits, résultant d'observations cliniques nombreuses et répétées, qui a contribué à mettre en lumière aux yeux des pédiatres de tous les pays que, tant par ses propriétés physiques que par certaines modifications apportées à sa composition chimique, le lait évaporé non sucré constitue l'aliment de choix qui, à défaut de lait maternel, répond le mieux à toutes les conditions de l'idiosyncrasie alimentaire des nourrissons.